

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
DANIEL PARÉ

PERCEPTIONS ET STÉRÉOTYPES CONCERNANT LES
JEUX DE HASARD ET D'ARGENT EN LIGNE

DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Michael Cantinotti, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Michael Cantinotti, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Daniel Lalande, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi

Sommaire

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) constituent un phénomène social qui fait l'objet d'études depuis plusieurs années. Parmi les différents types de JHA, ceux qui sont pratiqués en ligne attirent une proportion de plus en plus élevée de joueurs (Kairouz, Nadeau, & Robillard, 2014). Comparativement aux autres types de JHA, ce type d'activité est associée à de plus grands investissements en temps et en argent chez les personnes qui s'y adonnent (Kairouz, Nadeau, & Paradis, 2011); on y retrouve une plus grande proportion de joueurs à risque de développer un problème de jeu ainsi que de joueurs pathologiques. Les JHA en ligne sont aussi associés à plusieurs autres effets négatifs (endettement, perte de réseau social, sédentarité, etc.; Hing, Breen, & Gordon, 2012; Kairouz et al., 2011; MacLaren, 2016; Mihaylova, Kairouz, & Nadeau, 2012; Shen, Kairouz, Nadeau, & Robillard, 2015). Il s'agit donc d'un domaine suscitant des inquiétudes pour l'individu et sur le plan social. Plusieurs travaux de recherche s'intéressant aux joueurs de JHA ayant des problèmes de jeu ainsi qu'au domaine des troubles mentaux associés à la dépendance à une substance ont documenté que l'opinion de la population générale envers ces individus n'est pas neutre (Angermeyer & Dietrich, 2006; Hing, Nuske, Gainsbury, & Russell, 2016; Horsch & Hodgins, 2008, 2013; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004; Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000). L'opinion d'une partie de la population à l'égard des personnes ayant une dépendance serait négative, ce qui les conduirait à adopter certaines attitudes qui ne seraient pas les mêmes qu'auprès d'un individu souffrant d'une autre maladie comme un cancer. Par exemple, certaines personnes

seraient moins enclines à travailler avec un individu ayant une dépendance ou à vouloir en côtoyer un dans son voisinage (Horch & Hodgins, 2008; Link et al., 2004; Pescosolido et al., 2010; Taylor & Dear, 1981). Dans le domaine des JHA, le public en général aurait également tendance à attribuer le problème de jeu davantage à des facteurs internes et stables des joueurs, ce qui conduit à percevoir ces derniers comme étant responsables de leur problème et à éprouver moins d'empathie à leur égard. Cette perception entraîne les gens à entretenir des stéréotypes négatifs à l'endroit des joueurs ayant un problème de jeu et à adopter des attitudes stigmatisantes face à ceux-ci, ce qui peut générer des conséquences négatives chez les joueurs ayant un problème de jeu : diminution de la demande d'aide, faible estime personnelle, difficulté à obtenir un emploi, etc. (Carroll, Rodgers, Davidson, & Sims, 2013; Corrigan, 1998, 2004; Hing et al., 2016; Hing & Russell, 2017; Horch & Hodgins, 2015; Link, 2001; Link & Cullen, 1990; Luoma et al., 2007; Vogel, Wade, & Haake, 2006; Vogel, Wade, & Hackler, 2007). Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées aux stéréotypes véhiculés par le public envers les joueurs de JHA en ligne éprouvant un problème de jeu. La présente recherche vise donc à documenter cet aspect des JHA en ligne et ainsi à faire avancer l'état des connaissances sur les stéréotypes que le public entretient envers cette population de joueurs. Le premier objectif de cette étude visait donc à mettre en lien le contenu des stéréotypes avec le degré de responsabilité perçu par les répondants à propos des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Le second objectif visait à comparer la perception des répondants sur certaines caractéristiques de jeu des joueurs de JHA en ligne avec les données de la plus récente étude de prévalence québécoise afin de mesurer si la population générale entretient

une vision juste de l'ampleur du phénomène. Les participants ($n = 239$) ont été recrutés pendant les périodes de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières dans certains domaines de la santé (psychologie, psychoéducation, sciences infirmières, médecine et ergothérapie). Il s'est avéré que, contrairement aux données existantes sur le sujet à propos des joueurs de JHA, aucun lien significatif n'est apparu entre les types d'attributions et les stéréotypes véhiculés à l'égard des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Bien que les données récoltées tendent à montrer que les répondants entretiennent bel et bien une opinion négative envers les joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu, une analyse plus approfondie révèle une très grande variabilité dans les réponses. Enfin, les résultats de la présente étude suggèrent que la population générale n'entretient pas une vision juste de l'ampleur de certaines caractéristiques des JHA en ligne.

Table des matières

Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
Jeux de hasard et d'argent	6
Jeux de hasard et d'argent : définition et théorie	8
Les jeux de hasard et d'argent au Québec en 2012	9
Le jeu en ligne comparativement au jeu hors ligne.....	11
Attributions et stéréotypes : définitions et théorie	14
Attributions	14
Les biais possibles et l'erreur fondamentale d'attribution	15
Les stéréotypes et la stigmatisation.....	18
Les stéréotypes et attributions dans le domaine des dépendances	19
Les stéréotypes entretenus à propos des personnes souffrant de dépendance à des substances	20
Causes perçues, degré de responsabilité et processus attributionnel	20
Le désir de distance sociale.....	22
La dangerosité	23
La familiarité.....	24
Les stéréotypes de professionnels de la santé à propos des personnes souffrant de dépendances	26

Les stéréotypes entretenus à propos des personnes ayant des problèmes de JHA	30
Contenu des stéréotypes	30
Conséquences des stéréotypes.....	32
Liens entre la littérature et les objectifs de l'étude	34
Méthode.....	38
Participants.....	39
Instruments de mesure	40
Questionnaire	40
Informations sociodémographiques	41
Habitudes de jeu.....	41
Types d'attributions	41
Perception de certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne.....	43
Stéréotypes	43
Déroulement.....	44
Critères d'inclusion et d'exclusion	44
Résultats.....	48
Analyse préliminaire des données.....	49
Comparaison entre les attributions actuelles et les attributions du questionnaire original.....	49
Résultats descriptifs concernant les stéréotypes	53
Présentation des résultats associés aux hypothèses de recherche	56
Discussion	60

Perception des habitudes de jeu	65
Recherches futures	66
Forces et limites de l'étude	68
Conclusion	69
Références	73
Appendice A. Certificat d'éthique	84
Appendice B. Lettre d'information et formulaire de consentement	86
Appendice C. Questionnaire	91

Liste des tableaux

Tableau

1	Année d'études des répondants par programme prégradué	45
2	Moyennes des variables dépendantes en fonction de l'année d'études	46
3	Analyse de variance (ANOVA) de l'effet de la scolarité (année d'études) sur les variables principales à l'étude	47
4	Analyse factorielle de l'échelle de mesure des attributions causales.....	50
5	Attributions moyennes des répondants à propos du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne qui développent un problème de jeu et seuils de signification pour la comparaison avec des attributions neutres.....	51
6	Corrélations entre les dimensions des attributions (n = 239).....	52
7	Classement des qualificatifs les plus représentatifs et les moins représentatifs des joueurs de JHA ayant un problème de jeu (n = 239)	54
8	Moyennes et tests des variables principales à l'étude en fonction de la familiarité des répondants avec une personne ayant déjà consulté un intervenant pour des problèmes psychologiques.....	56
9	Perception des répondants envers certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne comparativement à la dernière étude de prévalence des JHA au Québec	58

Remerciements

C'est un mélange de joie, de soulagement et d'une grande fierté personnelle qui m'habite à l'écriture de ces dernières lignes d'un travail qui représentait pour moi, au départ, une montagne à franchir. Finalement, je peux dire que les efforts et le temps investis en ont valu la peine. J'aurais difficilement pu livrer ce travail sans l'aide particulière de plusieurs personnes.

Pour commencer, un immense merci à M. Michael Cantinotti, mon directeur de recherche pour son appui inconditionnel à chaque étape du travail. Il a su faire preuve de patience et de mots encourageants à mon égard dans des moments critiques. Sa rigueur de travail ainsi que ses expertises scientifiques et statistiques ont grandement contribué, à mon avis, à produire un travail de qualité.

J'aimerais également remercier mes collègues universitaires pour les commentaires pertinents et les questionnements m'ayant permis de poser un regard critique sur le processus et le résultat de cette recherche. Par ailleurs, je souhaite remercier les participants de cette étude qui m'ont permis de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine des jeux de hasard et d'argent.

Finalement, j'aimerais remercier mes amis proches, ma famille ainsi que ma conjointe de s'être montré intéressés à ce projet, ce qui m'a permis d'y trouver un sens. À d'autres moments, sans le savoir, ils ont également été garant de l'équilibre de ma santé psychologique

en me permettant d'exprimer certaines difficultés que j'ai pu vivre dans la réalisation du travail.

En psychologie on dit souvent que « le tout est plus que la somme de ses parties ». Ce soir, en terminant l'écriture de ce paragraphe, en réalisant l'ampleur du travail accompli et les ressources qu'il m'a fait mettre en pratique, je peux dire sans aucun doute que « cet essai est plus que la somme de ses sections ».

Introduction

Les jeux de hasard et d'argent sont partie intégrante de la société depuis plusieurs siècles (Cotta, 1993). Les plus anciens jeux de cartes répertoriés en Chine datant de la fin de la dynastie Tang (618-907) et les paris hippiques en Grèce antique constituaient déjà des formes de jeux de hasard et d'argent (JHA). Depuis leurs débuts, ils ne cessent d'alimenter des débats sur plusieurs plans : moral, légal, économique, politique et médical (Campbell & Smith, 2003).

Au cours de leur vie, une majorité de personnes adultes (84,1 %) vont soit miser, dépenser ou parier de l'argent dans le cadre d'un jeu de hasard et d'argent (JHA; Kairouz et al., 2014). Il s'agit d'activités qui peuvent tout aussi bien être pratiquées entre amis, dans le cadre de compétitions ou même en solitaire. Selon la dernière étude de prévalence publiée au Québec, on observe que la pratique de plusieurs catégories de JHA est en baisse (bingo, loteries, appareils de loterie vidéo et machines à sous; Kairouz et al., 2014). Toutefois, on remarque une augmentation dans le pourcentage de la population qui pratique les JHA en ligne au cours des 10 dernières années (Kairouz et al., 2014). Celui-ci est passé de 0,3 % en 2002 à 1,5 % en 2012. Dans les recherches sur la pratique des JHA en ligne, on note également une tendance chez les joueurs en ligne à avoir des habitudes de jeu plus élevées en termes de fréquence, de durée et de dépenses monétaires (Kairouz et al., 2011; Montes, 2013). Comparativement aux joueurs hors ligne, les joueurs en ligne sont aussi plus souvent des joueurs à risque modéré et des joueurs pathologiques

probables en plus d'être proportionnellement plus nombreux que les joueurs de JHA hors ligne à déclarer d'autres conduites potentiellement addictives comme l'usage de tabac, la consommation d'alcool et l'usage de cannabis (Kairouz et al., 2014).

Au-delà des pratiques des joueurs, l'existence d'un tel phénomène social amène la population à se questionner à son propos. Plusieurs personnes peuvent tenter de trouver les raisons pouvant l'expliquer et même juger les individus qui s'adonnent aux JHA. Or, certains travaux de recherche révèlent que l'opinion de la population générale dans le domaine des JHA n'est pas neutre, plus particulièrement en ce qui concerne les joueurs ayant des problèmes de jeu (Hing et al., 2016; Horsch & Hodgins, 2008, 2013). Les résultats de ces travaux révèlent entre autres que ces derniers sont perçus comme étant responsables de leur condition, méritant peu d'empathie et sont jugés comme ayant plus de traits de personnalité négatifs que positifs (obsessifs, impulsifs, compulsifs, désespérés, peu prudents, peu stables et peu honnêtes). Ces pensées préconçues, appelées stéréotypes, ne sont pas nécessairement fondées sur la réalité. Certains individus entretiendront une vision erronée du phénomène ou de ce qui l'explique. Les membres de la société entretenant des stéréotypes peuvent faire preuve de stigmatisation à l'égard de ceux qui en sont la cible. Par exemple, un joueur de JHA ayant un problème de jeu pourrait se faire juger par les membres de sa famille, car il ne leur semble pas en contrôle de sa vie et de ses impulsions (Hing et al., 2016). Par ailleurs, les résultats de certaines études rapportent que cette stigmatisation peut entraîner une réduction de la demande d'aide de la part des personnes ayant un problème de dépendance au jeu ou à une substance et nuit à leur

rétablissement (Hing, Holdsworth, Tiyce, & Breen, 2014; Horsch & Hodgins, 2013; R.A. Malatest & Associates Ltd., 2014).

Cependant, très peu d'études s'intéressent spécifiquement aux stéréotypes entourant la pratique des JHA en ligne. Puisque les JHA en ligne constituent une catégorie de jeux plus en demande et que l'existence de stéréotypes est un facteur important dans la faible demande d'aide des joueurs de JHA de tous types ayant un problème de jeu, une meilleure connaissance de l'opinion publique en ce qui concerne les joueurs de JHA en ligne pourrait permettre de cibler si les stéréotypes sont un élément à prendre en compte dans la prise en charge de ce type de joueurs. La présente étude aura comme objectif principal de déterminer si les résultats obtenus dans le cadre d'une étude publiée à propos des stéréotypes entretenus à l'égard des JHA ayant un problème de jeu (Horsch & Hodgins, 2013) peuvent s'appliquer également à des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. La mesure des stéréotypes sera recueillie chez les répondants par une échelle de mesure leur demandant d'évaluer certains traits de personnalité comme étant représentatifs ou non des joueurs de JHA en ligne et sera mise en relation avec les réponses des participants à des affirmations visant à expliquer le comportement de jeu des joueurs en ligne éprouvant un problème de jeu. Un autre objectif sera de comparer la perception des répondants à propos de certaines caractéristiques de jeu des joueurs de JHA en ligne et d'examiner s'ils entretiennent une perception qui correspond aux données d'une enquête populationnelle sur le sujet.

Contexte théorique

Cette première partie de l'essai se divise en cinq sections permettant de documenter et de tester la relation entre les variables à l'étude. La première section documente l'épidémiologie ainsi que la problématique entourant les jeux de hasard et d'argent. La deuxième section comporte des informations théoriques en ce qui concerne les styles attributionnels ainsi que les stéréotypes de façon générale alors que la troisième section porte sur les stéréotypes et attributions dans le domaine des addictions. La quatrième section a pour objet les conséquences des stéréotypes. Finalement, la cinquième section relie la littérature scientifique précédemment évoquée avec les objectifs de l'étude actuelle.

Jeux de hasard et d'argent

Au Canada, dès les années qui suivent la formation de la Confédération de 1867, bien avant que les institutions gouvernementales ne gèrent la pratique des JHA, le Code criminel canadien interdisait de tenir une maison de jeu, de conduire des loteries ou de jouer à des JHA dans les endroits publics. De telles activités étaient jugées comme des atteintes à la religion, la morale et l'ordre public. Les paris sur les courses de chevaux à cette époque sont toutefois tolérés. Au début des années 1900, des individus se rassemblent pour former un mouvement de réforme sociale visant spécifiquement à éradiquer les JHA, considérés comme un vice, alors qu'une grande quantité de Canadiens s'adonne à de telles pratiques (Campbell & Smith, 1998, 2003; Korn & Shaffer, 1999).

Ultérieurement, grâce aux efforts des lobbyistes dans le domaine agricole, un amendement est apporté au Code Criminel afin de permettre les « jeux de chance » lors des foires agricoles, mettant en évidence les bénéfices publics perçus provenant des revenus générés, malgré la perception chez certains critiques de l'époque de la présence d'effets néfastes chez certains individus (appauvrissement monétaire, exploitation des gens « faibles ») ainsi que des conséquences négatives des pertes monétaires sur les familles (Campbell & Smith, 2003).

Durant la Grande Dépression, les loteries sont introduites comme méthodes de financement pour de « justes » causes comme les hôpitaux et les écoles. Ainsi, les JHA sont utilisés afin de servir le « bien public » tel que prétendu par les organisateurs de ces loteries au détriment des effets potentiellement néfastes de ceux-ci. Cependant, le développement des JHA mène également progressivement au développement d'une perspective médicale des problèmes de jeux, qui passent du statut de vice à celui de maladie : la perception d'individus « dépendants aux JHA » se développe (Castellani, 2000). En 1969, le parlement Canadien amende à nouveau le Code Criminel afin de permettre aux gouvernements provinciaux de gérer et de développer les loteries (Campbell & Smith, 2003).

Parallèlement, en 1964 a lieu la première rencontre des Gamblers Anonymes (GA) à Toronto qui considèrent que les individus vivant des difficultés résultantes des pertes encourues par le jeu sont victimes d'une maladie. Les travaux de Robert Custer, fondateur

du premier centre de traitement pour les joueurs pathologiques, s'inscrivant dans l'idée de documenter le profil des joueurs excessifs, ont permis de faire reconnaître le jeu « compulsif » comme un trouble du contrôle des impulsions auprès de l'American Psychiatric Association dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) paru en 1980.

En résumé, au fil du temps, avec toute la diversité des formes qu'ont pris les JHA, on assiste à une dissension dans la manière dont les gens les perçoivent. Des jugements moraux, légaux, économiques, politiques et médicaux amènent des regards différents sur la place que l'on devrait accorder aux JHA au sein de la société ainsi que la tolérance que l'on devrait avoir à leur égard. Aujourd'hui, en dépit d'une conceptualisation médicale dominante à l'égard des problèmes de jeu, l'opinion du grand-public n'est toujours pas unanime sur le sujet.

Jeux de hasard et d'argent : définition et théorie

De nos jours, les jeux de hasard et d'argent peuvent se définir comme étant une situation où « le sujet mise de façon irréversible un bien (argent ou objet) et l'issue du jeu aboutit à une perte ou un gain, en fonction partiellement ou totalement du hasard » (Inserm, 2008, p. 291).

Au Québec, selon le rapport annuel de Loto-Québec, les JHA ont permis au Gouvernement québécois d'amasser des profits de plus de 1,2 milliard de dollars

en 2016-2017 (Loto-Québec, 2017). Pour la même période de temps, 32,5 millions de dollars ont été consacrés par Loto-Québec à la prévention du jeu problématique (Loto-Québec, 2017). Tout en représentant une source de revenus importants pour l'État, les conséquences des JHA (endettement, isolement, détresse psychologique, etc.) représentent un enjeu important pour la société en raison des dépenses encourues pour traiter et prévenir les problèmes de jeux ainsi que de la criminalité qu'ils peuvent engendrer.

Selon les études de prévalence menées dans plusieurs pays, des proportions importantes d'individus s'adonnent à la pratique des JHA sous une forme ou une autre. Par exemple, les habitants de l'Australie auraient participé à un JHA au courant de la dernière année dans une proportion de 64,3 %, dont 8,1 % en ligne (Gainsbury et al., 2015). Au Québec, 66 % des Québécois ont participé à un JHA dans l'année précédant la dernière étude de prévalence, dont 1,5 % en ligne (Kairouz et al., 2014). Selon une recension de la Chaire de recherche sur l'étude du jeu de l'Université Concordia (2014), la prévalence de joueurs de JHA à travers plusieurs pays du monde se situe environ entre 48 et 79 % dans les 12 mois précédant les sondages : France (48 %); Italie (54 %), Grande-Bretagne (73 %), Norvège (68 %), États-Unis (78 %) et Canada (79 %).

Les jeux de hasard et d'argent au Québec en 2012. Au Québec, selon les données de la plus récente étude de prévalence (Kairouz et al., 2014), 84,1 % des adultes ont joué à un JHA à au moins une reprise durant leur vie et les deux tiers des adultes ont joué à un

JHA durant la dernière année, au moment d'être sondés. Parmi l'ensemble des JHA, les activités de loteries sont largement les plus populaires avec un taux de participation de 60,6 %. On retrouve également les machines à sous (9,7 %), le poker (4,7 %), le bingo (4,2 %) et les appareils de loteries-vidéo (4,1 %) dans les activités préférées des Québécois. Pour ce qui est des JHA en ligne, ils représentent un taux de participation de 2,3 % parmi les joueurs courants. Dans la population générale, le taux de participation aux JHA en ligne a connu une hausse dans les 10 années précédant l'étude de prévalence, passant de 0,3 à 1,5 % (Kairouz et al., 2014; Ladouceur et al., 2004).

Parmi les répondants de l'étude de prévalence ayant rapporté avoir misé ou dépensé de l'argent en pratiquant un JHA dans la dernière année, plus de 92 % de ceux-ci sont considérés comme des joueurs n'ayant pas de problème de jeu selon leur score au questionnaire « Indice canadien de jeu excessif » (Ferris & Wynne, 2001), 6,5 % sont considérés comme des joueurs à risque faible ou modéré et 0,6 % comme des joueurs présentent des caractéristiques associées au jeu pathologique (Kairouz et al., 2014).

Il est possible de regrouper les JHA selon qu'ils se pratiquent hors ligne ou en ligne. Les JHA hors ligne englobent tous ceux qui ne sont pas pratiqués sur un medium électronique connecté à un réseau Internet. Ils comprennent les loteries (ticket ou gratteux), les machines à sous, le poker sur table, les jeux de dés, le bingo, les appareils de loteries vidéo, les jeux de tables, les loteries sportives, les jeux de cartes, le keno, les paris sportifs et les courses de chevaux (Petry, 2005). La deuxième catégorie représente

l'ensemble des jeux en ligne. Il s'agit essentiellement des mêmes activités qui se pratiquent hors ligne, mais elles ont recours à l'usage d'un appareil électronique qui est connecté à Internet. Ainsi, on y retrouve le poker et d'autres jeux de table comme le blackjack, les cyberloteries, certains événements sportifs ainsi que les machines à sous virtuelles.

Le jeu en ligne comparativement au jeu hors ligne. Au niveau des dépenses associées au jeu, l'étude de prévalence a mis en évidence une différence considérable entre les joueurs en ligne et ceux ne jouant pas en ligne. Dans l'année précédant la collecte des données, la médiane des dépenses annuelles associées au jeu chez les répondants était de 150 \$ tous jeux confondus, ce qui signifie que la moitié des Québécois pratiquant un ou des JHA a dépensé moins de 150 \$, alors que l'autre moitié a dépassé ce montant. Lorsqu'on sépare les joueurs en ligne de ceux qui ne jouent pas en ligne, les données présentent une médiane de dépenses annuelles de 144 \$ pour les joueurs hors ligne comparativement à 1300 \$ pour les joueurs en ligne. En comparant les deux catégories, 95 % des joueurs ne jouant pas en ligne dépensent 1820 \$ ou moins annuellement tandis que 95 % des joueurs en ligne dépensent 18 280 \$ ou moins par année (Kairouz et al., 2014). Ces statistiques semblent dénoter une tendance selon laquelle les dépenses liées au jeu en ligne seraient particulièrement élevées chez certains joueurs comparativement aux joueurs hors ligne.

La différence dans l'intensité du comportement de jeu chez les joueurs en ligne comparativement aux joueurs hors ligne peut se retrouver également dans d'autres facettes du jeu. En plus des dépenses qui sont plus élevées chez les joueurs en ligne comparativement aux joueurs hors ligne tel qu'observé dans l'étude de prévalence de Kairouz et al. (2014), d'autres études menées sur le sujet ont soulevé des différences au niveau de la fréquence et de la durée des épisodes de jeu ainsi que dans l'adoption d'autres comportements à risque (Edgren, Castrén, Alho, & Salonen, 2017; Kairouz et al., 2014; Kairouz, Paradis, & Nadeau, 2012; Montes & Weatherly, 2017; Redondo, 2015). Selon ces études, les joueurs en ligne se distinguaient des joueurs hors ligne selon le pourcentage d'entre eux qui participaient à l'activité quotidiennement (19,2 % pour les joueurs en ligne comparativement à 1 % pour les joueurs hors ligne) ainsi que dans le pourcentage de joueurs présentant des épisodes de jeu de trois heures et plus (46 % des joueurs en ligne comparativement à 34 % chez les joueurs hors ligne). Les résultats d'une autre étude en milieu contrôlé révèlent que les joueurs de poker en ligne tendaient à jouer plus de mains et à commettre plus d'erreurs, donc dépenser plus d'argent, que leurs homologues jouant hors ligne au même jeu (Montes & Weatherly, 2017).

Une plus grande accessibilité au jeu et une plus grande implication dans le jeu s'avèrent être reliées à des conséquences négatives (sédentarité, isolement, pertes financières, perte de confiance de proches) et à une augmentation du risque de développer un problème de jeu (Currie et al., 2006; Jacques & Ladouceur, 2006). Des chercheurs ont également relevé que les joueurs de JHA en ligne présentaient une proportion plus élevée

de joueurs à risque de développer un problème de jeu (36,9 %) comparativement à 5,6 % chez les joueurs hors ligne (Kairouz et al., 2014). De plus, les résultats de cette étude révèlent une plus grande cooccurrence de comportements à risque chez les joueurs en ligne, comme la consommation d'alcool ou de cannabis. Finalement, l'examen de certaines caractéristiques liées au style de vie, aux valeurs ou aux croyances des joueurs de JHA suggère que les joueurs en ligne présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité en comparaison avec les joueurs hors ligne (Redondo, 2015). Par exemple, les joueurs en ligne éprouvent moins d'intérêt pour leur santé personnelle future, moins d'intérêt envers la qualité de leur environnement et rapportent être moins prudents dans leur utilisation d'Internet.

En somme, il semble justifié d'affirmer que les JHA représentent un phénomène social d'une ampleur considérable au Québec, du fait du taux de participation à vie chez les adultes québécois ainsi que par les profits annuels générés par Loto-Québec. Étant donné que les joueurs de JHA en ligne tendent à présenter des comportements plus intenses en termes d'heures jouées et d'argent misé en plus d'adopter d'autres conduites à risque comparativement aux joueurs hors ligne, ces comportements peuvent engendrer à leur tour certaines conséquences négatives dans la vie de ces personnes. Comme dans tout phénomène social, particulièrement auprès de ceux qui comportent des risques pour la santé de la population, le grand-public se questionne, analyse et peut porter des jugements à l'égard des acteurs de ce phénomène (industrie du jeu, gouvernement, lobbies

pro- et anti-JHA, professionnels de la santé, etc.). Les joueurs de JHA n'y échappent pas, en particulier ceux qui développent un problème de jeu.

Attributions et stéréotypes : définitions et théorie

Que ce soit la faiblesse de caractère de l'individu, son manque de volonté de changement ou tout simplement une tendance à s'engager de manière intense dans ses activités préférées, une grande quantité d'hypothèses peuvent être soulevées d'un point de vue profane pour expliquer le problème de jeu d'une personne.

Attributions

Lorsqu'un événement ou un phénomène social survient, comme la pratique des JHA, l'être humain a tendance à en chercher la cause: il tente d'expliquer pourquoi une telle chose se produit. Cela s'applique également au sujet d'une personne aux prises avec un problème de jeu. Cela fait partie intégrante de la nature de l'être humain d'être constamment à la recherche d'explications, particulièrement lorsqu'il est question de ses propres agissements. Il spéculé alors sur les causes de certains comportements et de certains événements en fonction de l'analyse plus ou moins approfondie qu'il en fait. Tel que le relevait Kelley (1973), le but réel de cette connaissance consiste à mieux contrôler notre environnement en le rendant prévisible. À partir du moment où les causes d'un événement sont définies, la connaissance de celles-ci permettra à l'être humain d'orienter ses actions futures en fonction d'un objectif visé. Ainsi, lors d'un succès, il tentera de reproduire les causes qui y ont mené, et au contraire, lors d'un échec il ne tentera pas de

les reproduire. Donc l'être humain est en quête d'explications et émet des hypothèses, que l'on peut aussi nommer « attributions », quant aux causes des événements. Il s'agit d'un jugement subjectif qui prend rarement en compte la globalité de la situation en jeu.

Les biais possibles et l'erreur fondamentale d'attribution

Une conséquence possible du fait de poser un jugement subjectif à l'égard du comportement d'autrui est qu'il puisse contenir certains biais comme des erreurs de jugement. Une expérience classique démontrant la présence de ce biais provient d'une étude de Jones et Harris (1967). Dans leur étude, ces auteurs demandaient à plusieurs individus de lire devant un auditoire un texte qui soit supportait, soit attaquait le régime de l'ancien dirigeant cubain Fidel Castro. Les membres de l'auditoire étaient ensuite soumis à l'une ou l'autre des conditions suivantes : dans la première condition, les participants étaient informés que le lecteur avait été libre de choisir la position à défendre lors de sa lecture. Dans la deuxième condition, les participants étaient informés que la position à défendre avait été imposée aux lecteurs. Bien que cette deuxième condition expérimentale n'informe en rien l'auditoire quant aux positions politiques personnelles du lecteur, les participants des deux groupes expérimentaux en sont venus à la conclusion que les croyances politiques des lecteurs étaient en étroit accord avec le point de vue défendu. Ces résultats ont été répliqués à de nombreuses reprises, sur différentes thématiques (l'arme nucléaire, les lois sur les drogues, la peine capitale).

En 1977, Ross a introduit le concept d'erreur fondamentale d'attribution qui consiste à surestimer les caractéristiques internes d'une personne ou d'un groupe de personnes au détriment des éléments situationnels et externes dans l'analyse d'un événement ou d'un comportement donné (Gawronski, 2004; Gilbert & Malone, 1995; Masuda & Kitayama, 2004). Dans une expérience visant à étayer la propension des individus à favoriser les causes internes dans leur analyse du comportement d'un tiers (Ross, Amabile, & Steinmetz, 1977), un sujet est désigné comme questionneur alors qu'un autre doit tenter de répondre aux questions de celui-ci. Dans cette expérience, le questionneur est libre de choisir les thèmes et de composer les questions comme bon lui semble. Par la suite, les deux sujets ainsi que des observateurs doivent évaluer le degré de connaissances générales du questionneur et du questionné. Bien que le questionneur choisissait arbitrairement les questions en fonction de ses propres intérêts et connaissances, il s'est avéré qu'il était régulièrement jugé par les questionnés et les observateurs comme ayant un meilleur bagage de connaissances générales que le questionné, qui ne pouvait manifestement pas répondre adéquatement à toutes les questions qui lui étaient posées. Ce biais disparaît toutefois lorsqu'est retirée au questionneur la possibilité de choisir les questions. Dans cette expérience, le jugement que se font les questionnés et les observateurs à propos de la qualité des connaissances générales du questionneur est fondé sur des suppositions et des présuppositions qui les amènent à développer une opinion erronée à propos des compétences d'un individu (le questionneur). Dans ce protocole, l'erreur fondamentale d'attribution consistait à surestimer certaines caractéristiques positives internes d'un individu (un grand bagage de connaissances générales) dans l'analyse d'une situation

donnée au détriment des facteurs situationnels (l'individu décidait des questions à poser). Ces expériences soulèvent donc que le raisonnement sous-jacent aux attributions ne constitue pas forcément un portrait fidèle de la réalité, et qu'il peut reposer sur certaines présuppositions qui sont fausses. Ce jugement fallacieux est d'ailleurs en grande partie responsable de l'existence de certains stéréotypes.

Les recherches sur les attributions et l'erreur fondamentale d'attribution mettent en évidence un lien entre le type d'attribution que les personnes entretiennent et l'existence de stéréotypes (Gawronski, 2004; Gilbert & Malone, 1995; Masuda & Kitayama, 2004; McAuley, Duncan, & Russell, 1992; Russell, 1982; Weiner, 1985). Concrètement, incluant l'erreur fondamentale d'attribution, les stéréotypes découlent de la présence de quatre erreurs dans le type d'attribution au sujet d'un comportement donné (McAuley et al., 1992; Russell, 1982; Weiner, 1985). Lors de l'évaluation de ce comportement, les individus ont tendance à juger que celui-ci provient davantage de l'individu et que le contexte n'a pas eu un grand rôle à jouer dans son apparition. Il s'agit de ce type de biais que représente l'erreur fondamentale d'attribution et il se situe au niveau de la perception du locus de causalité d'un comportement. Ils auront également la propension à évaluer que l'individu est le seul à pouvoir contrôler l'intensité de ce comportement et que d'autres personnes ou d'autres facteurs ne peuvent le réguler ou avoir une influence sur celui-ci (contrôle interne et externe). Finalement, les individus jugeront que le comportement de l'individu est quelque chose de stable dans le temps (stabilité). Ces quatre erreurs réunies sont favorables à l'apparition de stéréotypes.

Les stéréotypes et la stigmatisation

Dans le domaine de la psychologie sociale, les stéréotypes sont définis comme étant un ensemble de caractéristiques descriptives perçues par un individu et découlant d'une généralisation simplifiée et assez rigide à propos d'une personne ou d'un groupe social (Jones & Colman, 1996; Stangor & Lange, 1994). Les stéréotypes peuvent être considérés comme étant la « règle » découlant de ces généralisations qui sont en fait des erreurs fondamentales d'attributions. Dans l'exemple mentionné en introduction de la présente section au sujet du problème de jeu d'une personne, le type d'attributions évoquées pour expliquer celui-ci (faiblesse de caractère, manque de volonté et tendance à pratiquer une activité intensément) renvoie principalement à des caractéristiques personnelles de l'individu et peut conduire à entretenir le stéréotype que cette personne présente un problème de jeu, car elle est faible, lâche et compulsive. Or, ces stéréotypes ne prennent pas en compte les facteurs situationnels qui pourraient faire en sorte que le problème de jeu s'inscrit dans un contexte global beaucoup plus complexe que l'analyse plutôt réductrice qui est effectuée. Par exemple, une personne peut participer de manière intense à un JHA pour répondre à un besoin de sensations fortes au cours d'une période plus dépressive de sa vie ou à la suite d'une rupture amoureuse. Cet investissement dans le jeu pourrait disparaître ou diminuer lorsque cette personne renouera une relation affective. Dans cet exemple, l'environnement joue un rôle dans les conduites adoptées par l'individu en question et peut en partie l'influencer.

Les personnes entretenant des stéréotypes négatifs tendent d'ailleurs à adopter certains comportements ou certaines attitudes à l'égard d'une personne ou d'un groupe qui en sont la cible (Corrigan, 2004; Teachman, Wilson, & Komarovskaya, 2006). Il s'agit du phénomène nommé « stigmatisation ». Ce terme est un dérivé du grec ancien *stigma* signifiant « marqué au fer rouge » (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2018).

En somme, l'analyse que les personnes se font d'un comportement ou d'un phénomène social les amène à fournir des explications basées sur des jugements personnels. Ces jugements ne sont pas nécessairement fidèles à la réalité et laissent place à ce qu'on appelle l'erreur fondamentale d'attribution qui consiste à surestimer les caractéristiques internes de l'individu au détriment des facteurs externes et situationnels. Ce processus mène à une cristallisation de l'opinion et de l'attitude des personnes envers les causes du comportement et à l'endossement de stéréotypes qui peuvent mener à de la stigmatisation. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'existence de tels stéréotypes et attitudes, d'abord dans le large domaine des addictions, mais aussi dans celui plus spécifique aux JHA.

Les stéréotypes et attributions dans le domaine des dépendances

L'état actuel des connaissances met en lumière davantage d'attitudes négatives que positives envers les personnes ayant une dépendance à une substance, bien qu'il s'agisse généralement de personnes souffrantes (Wiklund, Lindström, & Lindholm, 2006).

L'examen de la littérature scientifique révèle qu'on retrouve également ce genre d'attitudes négatives auprès de certains professionnels de la santé intervenant auprès de ces personnes. Finalement, une partie de la littérature scientifique s'intéresse à ce thème auprès des joueurs de JHA ayant un problème de jeu.

Les stéréotypes entretenus à propos des personnes souffrant de dépendance à des substances

Dans la littérature, en plus du processus attributionnel, les études s'intéressant aux stéréotypes et à la stigmatisation des personnes ayant des dépendances tendent à mesurer leur présence selon certaines dimensions : le désir de distance sociale, la dangerosité et le degré de familiarité avec un tel comportement ou une personne le présentant (Angermeyer & Dietrich, 2006; Link et al., 1999; Link et al., 2004; Martin et al., 2000). Ces variables entrent en compte dans l'analyse que les personnes entretiennent à propos des personnes ayant une dépendance et sont un bon indicateur sur la présence de stéréotypes. Généralement, elles conduisent à des conduites stigmatisantes à l'égard des individus qui sont l'objet du jugement.

Causes perçues, degré de responsabilité et processus attributionnel. Plusieurs types de causes sont invoquées habituellement par les personnes lorsqu'elles sont exposées à des tiers qui présentent des troubles mentaux. Dans la littérature (Angermeyer & Dietrich, 2006; Link et al., 1999; Link et al., 2004; Martin et al., 2000), six causes sont généralement évoquées par les participants pour expliquer l'origine d'un trouble mental impliquant des attributions de responsabilités différentes: le mauvais caractère de

la personne, un déséquilibre chimique dans le cerveau, la manière dont la personne a été élevée, des circonstances stressantes dans la vie de la personne, un problème génétique/héréditaire ou le destin.

Dans la littérature, un trouble s'expliquant ou étant perçu comme relevant d'un déséquilibre chimique dans le cerveau ou d'un problème génétique engendre un moins grand degré de responsabilité perçu quant aux causes de celui-ci. Les gens ont plutôt tendance à expliquer celui-ci par des facteurs qui échappent au contrôle de la personne qui a ce trouble. Par conséquent, moins d'attributions de contrôle interne sont émises et moins de stéréotypes ou de comportements stigmatisants sont présents que si le trouble était perçu comme étant contrôlé ou causé par la personne malade.

Les résultats sont semblables dans la littérature pour ce qui est de l'attitude du public envers les personnes ayant une dépendance aux drogues. Une étude de Corrigan, Kuwabara, et O'Shaughnessy (2009) a mis en évidence que les participants jugeaient les personnes dépendantes aux drogues comme étant plus responsables de leur condition en comparaison avec des personnes qui présentaient un trouble d'étiologie physique (nécessitant une chaise roulante, par exemple) ou un autre trouble mental que la dépendance. Ces résultats se traduisent par une moins grande propension chez les participants de l'étude à venir en aide à une personne dépendante aux drogues qu'à une personne atteinte d'un trouble physique ou d'un trouble mental autre que la dépendance.

On retrouve le même genre de phénomène chez les personnes avec une dépendance à l'alcool. Dans les recherches ayant étudié la question, les individus dépendants à l'alcool sont jugés plus responsables de leur condition et plus blâmables que les personnes souffrant de dépression, de schizophrénie, d'un trouble de l'alimentation ou d'une autre maladie mentale non reliée à une substance (Angermeyer & Matschinger, 1997; Schomerus et al., 2011). Seules les personnes ayant des dépendances aux drogues semblent être jugées davantage responsables de leur condition que ces dernières (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000). Un « mauvais caractère », une volonté défaillante et une faiblesse de caractère sont les causes les plus souvent évoquées afin d'expliquer le problème d'alcool des personnes (Link et al., 1999; Pescosolido et al., 2010; Schnittker, 2008). Ces jugements subjectifs, qui ne sont pas nécessairement fidèles à la réalité de la personne dépendante, sont la cause de l'erreur fondamentale d'attribution et sont favorables au développement d'attitudes négatives à leur égard.

Le désir de distance sociale. Le désir de distance sociale se définit comme étant la volonté d'interagir ou non avec une personne ou un type de personnes dans différentes modalités de relations et de les voir participer à la vie sociale de manière égale au reste de la communauté. Ce construit est mesuré à l'aide d'un questionnaire (Link et al., 2004; Taylor & Dear, 1981) contenant des énoncés tels que : « une personne ayant ... (condition) peut être fiable comme gardienne d'enfants [Traduction libre] » (p. 231) ou « une personne ayant... (condition) ne mérite pas de sympathie [Traduction libre] » (p. 230).

Généralement, quelqu'un obtenant un plus haut score sur l'échelle de désir de distance sociale serait plus enclin à attribuer des caractéristiques internes négatives aux personnes dont il est question, à entretenir des stéréotypes négatifs ou un comportement stigmatisant à leur égard.

Une étude (Pescosolido et al., 2010) rassemblant des données recueillies aux États-Unis en 1996 et en 2006 suggère qu'au fil des années, l'alcoolisme demeure autant, sinon plus stigmatisé que d'autres conditions comme la schizophrénie et la dépression. Effectivement, et comparativement aux données de 1996, 74% des répondants de l'étude se montraient peu enclins à travailler auprès d'une personne alcoolique, 54% étaient peu favorables à socialiser avec quelqu'un qui présente un problème d'alcool et 79% étaient réticents à voir un membre de la famille marier une telle personne. Avec le passage du temps, on note même une augmentation de la proportion de répondants rapportant ne pas souhaiter travailler étroitement, être ami ou voir un membre de la famille se marier avec une personne ayant un problème d'alcool (bien que la différence soit seulement statistiquement significative pour le mariage). Une autre étude (Horch & Hodgins, 2008) a révélé que les participants désiraient une plus grande distance sociale avec une personne qui présente un problème de dépendance à l'alcool comparativement à une personne qui est atteinte de cancer.

La dangerosité. L'éventualité qu'une personne puisse représenter une menace en raison de la perception de ses caractéristiques peut également contribuer à adopter un

comportement stigmatisant à son égard (Goffman, 1963). Il ressort d'une recherche de Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan et Kubiak (2003) que les participants offraient moins d'aide, évitaient les contacts et approuvaient des traitements coercitifs envers les personnes ayant une maladie mentale et que ces personnes étaient jugées dangereuses.

Dans une étude à propos des personnes présentant des dépendances aux drogues (Corrigan et al., 2009), celles-ci ont été perçues comme étant plus dangereuses et induisant plus de peur chez les participants que les personnes avec un autre type de trouble mental ou un trouble physique.

Pour ce qui est des personnes ayant un problème d'alcool, une majorité de participants (67 %) d'une étude de Pescosolido et al. (2010) estime qu'elles auraient tendance à être violentes envers les autres, comparativement à respectivement 60 % et 32 % chez les personnes schizophrènes et celles atteintes de dépression majeure. De plus, cette croyance que les personnes alcooliques démontreraient une propension à être violentes envers autrui s'est légèrement accentuée entre 1996 et 2006, selon les auteurs.

La familiarité. La familiarité dans le contexte des troubles mentaux se définit comme étant le degré de connaissance d'un individu ainsi que son expérience personnelle avec la maladie mentale. Corrigan et al. (2003) ont développé un instrument afin de mesurer ce construit, basé sur un questionnaire à neuf items élaborés par Holmes, Corrigan, Williams, Canar et Kubiak (1999). De manière générale, il est admis que la familiarité avec certains

troubles mentaux est associée à un moins grand désir de distance sociale et moins de comportements de stigmatisation (Link & Cullen, 1986; Penn et al., 1994). Par contre, mesurer ce concept seul ne permet pas de prédire le niveau de stéréotypes entretenus ou de comportements de stigmatisation; ce concept prend son sens lorsqu'il est mis en relation avec d'autres variables (dangerosité perçue, peur et distance sociale), comme l'ont accompli les études mentionnées ci-après.

Une étude s'est d'abord intéressée à la relation entre la familiarité avec certaines dépendances (marijuana, héroïne et alcool) et la dangerosité, la peur et le désir de distance sociale (Janulis, Ferrari, & Fowler, 2013). Les résultats suggèrent qu'une plus grande familiarité avec la dépendance à la marijuana et à l'héroïne semble prédire un plus faible niveau de danger perçu et de peur. Cette familiarité agirait donc comme médiateur entre la présence de personnes ayant une dépendance à l'une de ces deux substances dans l'entourage des répondants et le désir de distance sociale envers celles-ci. Or, cela ne semble pas être le cas pour l'alcool. Les auteurs nuancent que l'alcool est la seule drogue des trois à l'étude qui soit licite, que l'alcoolisme est la plus prévalente des trois dépendances (Kessler et al., 2005) et que l'alcool est la drogue parmi l'ensemble des drogues où l'on retrouve la plus grande proportion de personnes violentes (Boles & Miotto, 2003). Pour ces raisons, la conceptualisation de la familiarité avec l'alcool pourrait être différente comparativement à la marijuana et l'héroïne chez les participants. Cette proposition est cohérente avec les résultats de Janulis et al. (2013) selon lesquels les

participants étant plus familiers avec la dépendance à l'alcool ont plus de probabilités d'entretenir l'idée que les personnes ayant une dépendance à l'alcool sont dangereuses.

Les stéréotypes de professionnels de la santé à propos des personnes souffrant de dépendances

Bien que ce ne soit pas la majorité des personnes ayant une dépendance qui consultent pour leur trouble en tant que motif désigné, il s'avère que ces personnes recherchent souvent un traitement pour un autre motif (pour des migraines par exemple). Les professionnels de la santé jouent alors un grand rôle dans l'identification de ces problèmes ainsi que dans l'accessibilité à des soins appropriés (Mersy, 2003; Muhrer, 2010). Dans la littérature, bien que leur rôle auprès de ces personnes repose sur des qualités humaines comme l'empathie, la tolérance et la bienveillance, il semblerait pourtant que certains professionnels de la santé entretiennent une opinion négative envers les personnes souffrant de dépendances.

De manière générale, plusieurs études ont révélé que les professionnels de la santé ont souvent une attitude négative envers les patients ayant une dépendance à une substance. Une étude de Gilchrist et al. (2011) a été conduite afin de comparer l'attitude des professionnels de la santé entre eux à l'égard de leurs clients dans plusieurs pays d'Europe. L'intérêt des professionnels de la santé pour travailler avec des clients utilisateurs de substances, particulièrement ceux consommateurs de drogues, semblerait plus faible en comparaison avec d'autres types de clients (dépressifs ou diabétiques, par exemple). Cette attitude négative provenant des spécialistes de la santé envers les

consommateurs de drogues se manifeste également dans une autre étude qualitative (McLaughlin, McKenna, Leslie, Moore, & Robinson, 2006) réalisée auprès 35 professionnels de la santé ou des services sociaux. Des groupes de discussion focalisée ont mis en évidence que les professionnels préféraient que les patients traités pour des problématiques de consommation le soient par des spécialistes en dépendance plutôt que par eux-mêmes. Les résultats de l'analyse qualitative des données révèlent que la majorité des répondants se sentaient moins ou totalement incapables de se montrer empathiques face aux clients utilisateurs de drogues illégales. Par ailleurs, le manque de connaissances dans le domaine des dépendances aux drogues a été soulevé comme étant un obstacle supplémentaire par rapport à l'aide apportée aux personnes ayant une dépendance. Une autre étude (Ford, Bammer, & Becker, 2008) souligne le manque de motivation et le peu de satisfaction chez certaines infirmières provenant du fait de venir en aide aux consommateurs de drogues illégales. Finalement, une recherche met en évidence que les professionnels de la santé auraient une attitude plus positive envers les patients en rémission d'un trouble de dépendance quelconque et les patients abstinents en comparaison avec ceux étant en rechute ou ayant un trouble d'abus de substance actif (Rao et al., 2009). Cette différence d'attitude pourrait s'expliquer par le type d'attribution et le jugement que les professionnels de la santé consultés entretenaient à l'égard de la volonté de ces patients de s'en sortir.

À l'opposé, d'autres études sont arrivées à des conclusions différentes et ont mis en évidence des attitudes positives provenant des professionnels de la santé envers les

patients ayant un problème de consommation (Pinikahana, Happell, & Carta, 2002; Saitz et al., 2002). Les professionnels consultés arboraient généralement une attitude ouverte, positive et non-discriminatoire envers les personnes consultant pour un trouble de consommation de substance. Ils entretenaient également un regard positif sur les interventions et le traitement à prodiguer, malgré la perception que leurs efforts étaient efficaces dans moins de 20 % de cas, et n'accordaient pas d'importance au stéréotype populaire de jugement moral à propos de ce type de patients. Cependant, les professionnels de l'étude de Saitz et al. (2002), des médecins, s'estimaient moins satisfaits à l'égard du traitement de leur patient ayant une dépendance à une drogue ou à l'alcool qu'envers celui d'une personne souffrant d'hypertension. Il y a donc plusieurs éléments qui sous-tendent l'attitude des professionnels de la santé de manière complexe. Certains de ces éléments ont plus de poids dans la valence de leur attitude, mais le processus qui mène à telle ou telle attitude n'est pas bien établi dans la littérature scientifique.

Quelques études se sont intéressées aux différences dans les attitudes des professionnels de la santé dans divers champs de spécialisations (Foster & Onyeukwu, 2003; Gilchrist et al., 2011; May, Wartier, & Pagel, 2002). Selon une étude comparative, les médecins ne travaillant pas dans des centres spécialisés en traitement des dépendances démontraient moins d'égard vis-à-vis des patients ayant un trouble de consommation en comparaison avec les professionnels œuvrant dans des centres spécialisés en dépendances. Dans d'autres écrits de la littérature scientifique, il est indiqué que les infirmières en psychiatrie médico-légale adoptaient des attitudes plus négatives envers les

consommateurs problématiques que les autres professionnels de la santé. On retrouve les mêmes résultats chez les anesthésiologistes comparativement aux autres médecins qui traitaient ces patients (May et al., 2002).

Plusieurs études rapportent d'ailleurs que les professionnels de la santé qui entretiennent des contacts plus fréquents ou plus personnels avec les personnes dépendantes aux drogues démontrent des attitudes plus positives (Brener, Von Hippel, & Kippax, 2007; Ding et al., 2005; Giannetti, Sieppert, & Holosko, 2002; May et al., 2002; Russell, Davies, & Hunter, 2011). C'est également les résultats de deux études ayant comme répondants des professionnels traitant les usagers de drogues d'injection (Brener et al., 2007; Ding et al., 2005). Une dernière étude a conclu que les anesthésiologistes ayant un historique personnel de dépendance avaient une attitude plus positive envers les patients souffrant de ce problème (May et al., 2002). Ces résultats semblent cohérents avec la proposition examinée précédemment à l'effet qu'un plus grand niveau de familiarité avec un trouble prédit un plus faible niveau de danger perçu, de peur et un moins grand désir de distance sociale, ce qui est associé à des attitudes plus positives.

Un questionnement émerge donc à savoir quels sont les éléments qui influencent l'intérêt ou non à avoir comme patient des personnes dépendantes à certaines drogues. Chez certaines infirmières participantes d'une étude qualitative (Ford, 2011), il semblerait qu'offrir des soins aux personnes usagers de drogues illicites soit vécu comme émotionnellement difficile et potentiellement dangereux. Les principales barrières à

l'offre de soins envers ces patients sont la violence dont ils feraient preuve ainsi que la perception de se faire manipuler par eux et la perception d'irresponsabilité des patients. Du côté des médecins généralistes, les patients ayant des problèmes d'abus de drogues sont souvent perçus comme manipulateurs, agressifs, impolis et ayant une faible motivation envers le traitement (McGillion, Wanigaratne, Feinmann, Godden, & Byrne, 2000).

Les stéréotypes entretenus à propos des personnes ayant des problèmes de JHA

La littérature scientifique est peu développée en ce qui concerne les stéréotypes entretenus à propos des personnes ayant un problème de JHA. Toutefois, les études s'y étant intéressées révèlent que le public en général entretient des attitudes et des stéréotypes négatifs ainsi que des attitudes stigmatisantes à leur égard.

Contenu des stéréotypes. Dans une étude de Horch et Hodgins (2013), le contenu des stéréotypes associés aux termes « joueur ayant un problème de jeu » a été examiné auprès de 790 étudiants universitaires. Une liste de 300 termes pouvant décrire une personne leur a été proposée (*The Adjective Checklist* [ACL]; Gough & Heilbrun, 1983) et ils devaient coter chaque terme selon une échelle *Likert* allant de « très peu représentatif des joueurs ayant un problème de jeu » à « très représentatif des joueurs ayant un problème de jeu ». Le processus a permis de dégager deux listes de mots; l'une étant jugée représentative d'un « joueur ayant un problème de jeu » alors que l'autre était jugée non représentative de ceux-ci. Les résultats ont montré que les termes *dépendant*, *obsessif*,

compulsif, impulsif, téméraire, irresponsable, de faible volonté, fauché, irréaliste et désespéré, qui possèdent une connotation plutôt négative, ont été rapportés comme étant les plus représentatifs d'un joueur ayant un problème de jeu, alors que *fiable, rationnel, en contrôle, prudent, lucide, stable, logique, honnête, pragmatique* et *sage* sont des termes ayant été le moins associés par les participants au joueur ayant un problème de jeu. Il est à noter que l'influence du milieu culturel d'origine semble jouer un rôle sur le contenu des stéréotypes entretenus à propos des joueurs de JHA ayant un problème (Dhillon, Horch, & Hodgins, 2011). Par exemple, cette recherche a révélé que les Canadiens d'origines asiatiques semblent entretenir plus de stéréotypes et plus de stigmatisation envers les joueurs ayant un problème de jeu que les Canadiens de race caucasienne, et ce, même à l'égard de joueurs ayant un problème de jeu qui sont Canadiens d'origine asiatique.

En comparaison avec une personne qui présente un cancer ou un problème de schizophrénie, le problème de jeu d'une personne est généralement perçu comme découlant de sa personnalité et comme ayant moins de chance de provenir de causes génétiques ou relevant de la fatalité (Horch & Hodgins, 2008). De plus, d'autres études soutiennent que les joueurs ayant un problème de jeu et qui sont tenus comme principaux responsables de par leur faible volonté, leurs mauvais choix de vies, leur personnalité ou des échecs personnels, tendent à subir davantage de rejet de la part de leur entourage et de la société (Feldman & Crandall, 2007).

Conséquences des stéréotypes

Les stéréotypes négatifs ainsi que la stigmatisation dont sont victimes les joueurs de JHA ayant un problème de jeu comme pour les autres troubles mentaux sont intériorisés par ceux-ci, ils s'y identifient et peuvent croire que les caractéristiques négatives qu'on leur attribue sont véridiques (Hing & Russell, 2017). Ce processus est qualifié d'autostigmatisation.

Dans la littérature sur les troubles mentaux, l'autostigmatisation est souvent nommée comme étant une plus grande source de détresse que la maladie mentale elle-même (Corrigan, 1998; Vogel et al., 2006). Un individu ayant développé une attitude autostigmatisante peut être amené à se retirer de son réseau de soutien social, à rejeter l'aide qui pourrait lui être apportée, éviter ou abandonner le traitement et à anticiper de faibles chances de s'en sortir. Des impacts négatifs peuvent également être retrouvés en ce qui concerne son bien-être psychologique (Corrigan, 2004; Link, 2001; Link & Cullen, 1990; Vogel et al., 2007).

Certains chercheurs se sont intéressés aux stratégies adaptatives adoptées par les individus ayant un problème de JHA afin de diminuer les effets négatifs de l'autostigmatisation. Les résultats de leurs recherches révélaient que les stratégies adoptées par les joueurs pouvaient être potentiellement préjudiciables (Carroll et al., 2013; Hing et al., 2016; Horch & Hodgins, 2015).

Chez les participants d'une étude canadienne conduite auprès de 155 adultes ayant un comportement de jeu à risque, la honte éprouvée par les joueurs était associée à l'élaboration de stratégies d'évitement des personnes par qui ils auraient peur de se sentir jugés ainsi qu'au fait de garder leur problème secret. Le fait de refuser d'admettre le problème et de le garder secret permettrait pour un certain temps de préserver l'intégrité de l'identité, d'éviter une incohérence entre le concept de soi et le soi idéal ainsi que de conserver de la dignité et un sentiment de valeur personnelle (Hing et al., 2016; Snow & Anderson, 1987). Le secret à propos du problème chez certaines personnes peut les conduire à mentir à leur famille afin de se préserver : « je ne leur dis absolument rien à propos de mon comportement de jeu, je trouve mille et une excuses afin de leur expliquer où est passé mon argent ou pourquoi tel compte n'est pas payé... je ne veux pas qu'ils me jugent, je ne veux même pas de leur pitié... je veux seulement qu'ils me considèrent comme n'importe qui le ferait », raconte une femme de 48 ans ayant un problème de jeu [Traduction libre] (Hing et al., 2016, p. 41).

Chez certains autres joueurs, leur stratégie pour surmonter les effets négatifs de l'auto-stigmatisation consistait à éduquer leur entourage sur le traitement pour leur problème. Or, les recherches précédentes indiquent que l'évitement, le secret et l'éducation auprès des gens de l'entourage du joueur ayant un problème de jeu ne sont pas des stratégies suffisantes pour se défaire des effets de l'auto-stigmatisation ou pour mettre fin à leur dépendance à long terme, malgré leur effet atténuateur ponctuel (Horch &

Hodgins, 2015; Luoma et al., 2007). Les stratégies seraient d'ailleurs en cause dans la faible demande de ces individus pour être traités (Corrigan, 2004; Vogel et al., 2007).

Liens entre la littérature et les objectifs de l'étude

La littérature scientifique portant sur les joueurs de JHA ayant un problème de jeu révèle, que comme pour d'autres troubles mentaux, ceux-ci sont l'objet de stéréotypes négatifs, de stigmatisation et d'erreurs fondamentales d'attribution de la part du public en général ainsi que de certains professionnels de la santé. En conséquence, ces individus vivent du rejet et de la honte, ce qui pourrait s'avérer un obstacle à la recherche d'aide et à la motivation à entreprendre une démarche de traitement. On retrouve peu d'écrits scientifiques sur la perception du public à l'égard des joueurs de JHA en ligne dans la littérature. Ce type de joueurs représente une catégorie particulièrement à risque de développer des problèmes de jeu en raison de l'intensité des dépenses et du temps investi comparativement aux joueurs de JHA hors ligne (Kairouz et al., 2011; Montes, 2013). Les objectifs poursuivis par la présente étude seront donc de documenter les stéréotypes et les attributions que les étudiants universitaires dans le domaine de la santé entretiennent à l'égard des joueurs de JHA en ligne, une catégorie de joueurs sur laquelle davantage de recherches scientifiques sont requises compte tenu de leur potentiel de risque de développer un problème de jeu et de l'opinion du public à l'égard de cette catégorie de joueurs. La population retenue partage certaines caractéristiques communes avec celle de l'étude (Horch & Hodgins, 2013) ayant inspiré la présente méthodologie.

La recherche tentera donc, dans un premier temps, de cerner le contenu des stéréotypes et les types d'attributions que les étudiants-répondants ont envers les joueurs de JHA en ligne développant un problème de jeu et de voir s'il y a un lien entre les deux. Dans un deuxième temps, un questionnement est soulevé quant à l'exactitude de certaines connaissances qu'ont les individus en général à propos des joueurs de JHA en ligne. Ce questionnement émerge de la définition même de l'erreur fondamentale d'attribution. Puisqu'il s'agit d'un raisonnement biaisé sur les causes du comportement de jeu d'une personne, l'étude documentera s'il est possible qu'une estimation biaisée apparaisse également à propos de ces caractéristiques. La recherche permettra donc d'apprécier l'écart, s'il y en a un, entre la perception des répondants au sujet de certaines habitudes de jeu des joueurs en ligne et les données épidémiologiques à ce sujet.

Pour ce qui est du premier objectif, les « termes qualificatifs » qui ont été mis en évidence dans l'étude de Horsch et Hodgins (2013) seront utilisés pour identifier lesquels sont reconnus comme étant représentatifs ou non des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Ces termes qualificatifs serviront de base à la création de facteurs qui seront mis en association avec les réponses des participants à un questionnaire d'attributions mesurant le locus de causalité, le contrôle interne, le contrôle externe ainsi que la stabilité tels que perçus par ceux-ci. On s'attend à ce que les participants percevant certaines caractéristiques négatives comme étant davantage représentatives des joueurs de JHA en ligne ayant un problème aient également la perception que ce problème provient du joueur (locus de causalité interne), est contrôlable par celui-ci (contrôle interne), n'est

pas contrôlable par d'autres personnes ou d'autres facteurs (contrôle externe) et soit peu influencé par des facteurs situationnels (stabilité).

En ce qui concerne le deuxième objectif qui se veut exploratoire, les participants seront questionnés à propos de certaines caractéristiques qui distinguent les joueurs de JHA en ligne par rapport aux joueurs de JHA qui ne jouent pas en ligne : la proportion de joueurs de JHA en ligne jouant à chaque jour ou plus, la proportion de joueurs de JHA en ligne qui dépensent plus de 5000 \$ annuellement, la proportion de joueurs de JHA en ligne ayant des moyennes de sessions de jeu de 3 h et plus, ainsi que la proportion de joueurs de JHA en ligne n'ayant pas de problème de jeu. La perception des répondants sera comparée aux données de la dernière étude de prévalence menée au Québec par Kairouz et al. (2014) afin de documenter si ces derniers ont une vision juste ou non de l'ampleur du phénomène.

Les hypothèses de recherche suivantes seront testées :

- H1a) Nous présumons un lien positif entre le contrôle interne perçu par les répondants au sujet du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne et le score factoriel de stéréotypes négatifs.
- H1b) Nous présumons un lien négatif entre le contrôle externe perçu par les répondants au sujet du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne et le score factoriel de stéréotypes négatifs.

- H1c) Nous présumons un lien positif entre la stabilité perçue par les répondants au sujet du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne et le score factoriel de stéréotypes négatifs.
- H1d) Nous présumons un lien positif entre le locus interne perçu par les répondants au sujet du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne et le score factoriel de stéréotypes négatifs.
- H2a) Nous présumons une différence statistiquement significative entre la proportion de joueurs en ligne jouant à chaque jour rapportée par les répondants au sujet des joueurs de JHA en ligne et la proportion à ce sujet issue de la dernière étude de prévalence.
- H2b) Nous présumons une différence statistiquement significative entre la proportion de joueurs qui ont des dépenses annuelles de plus de 5000 \$ au jeu en ligne rapportée par les répondants au sujet des joueurs de JHA en ligne et la proportion issue de la dernière étude de prévalence.
- H2c) Nous présumons une différence statistiquement significative entre la proportion de joueurs ayant une durée de jeu de trois heures ou plus par session de jeu en ligne rapportée par les répondants au sujet des joueurs de JHA en ligne et la proportion issue de la dernière étude de prévalence.
- H2d) Enfin, nous présumons une différence statistiquement significative entre la proportion de joueurs de JHA en ligne n'ayant pas de problème de jeu rapportée par les répondants au sujet des joueurs de JHA en ligne et la proportion issue de la dernière étude de prévalence.

Méthode

Cette section du travail présente l'approche méthodologique utilisée lors de l'étude. Elle comprend la description des participants constituant l'échantillon, les instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'expérimentation.

Participants

Après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion¹, l'échantillon final est composé de 239 étudiants de baccalauréat ou au certificat dans différents domaines des sciences de la santé à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ils ont été recrutés directement durant leur période de cours par le chercheur principal de l'étude. Parmi les participants, on dénombre 46 hommes et 193 femmes. La moyenne d'âge des hommes est de 22,8 ans ($\acute{E}T = 5,5$) et celle des femmes est de 23,3 ans ($\acute{E}T = 6,1$). Combinés, les hommes et les femmes cumulent en moyenne 2,07 années de scolarité dans leur baccalauréat respectif ($\acute{E}T = 0,85$). Les participants poursuivaient des études en psychologie ($n = 71$), en médecine ($n = 35$), en ergothérapie ($n = 37$), en sciences infirmières ($n = 95$) ou en psychoéducation ($n = 1$). Au cours des 12 derniers mois, plus de la moitié des participants ($n = 125$) ont rapporté avoir parié ou dépensé de l'argent à un ou plusieurs jeux de hasard et d'argent (63 % des hommes et 50,3 % des femmes). L'endroit le plus populaire pour y effectuer une telle activité est le casino ($n = 38$).

¹ (i) être âgé d'au moins 18 ans et (ii) faire partie de l'un des programmes d'études universitaires suivants : psychologie, psychoéducation, médecine, ergothérapie ou sciences infirmières

Au cours des 12 derniers mois, les participants ont misé ou parié des montants d'argent présentant une grande variabilité. Parmi les joueurs actifs, 67 ont dépensé entre 1 et 20 \$, 45 ont dépensé entre 21 et 199 \$ et 13 d'entre eux ont dépensé entre 200 et 1100 \$. Finalement, 54 % des répondants rapportaient connaître une personne ayant déjà consulté un(e) intervenant(e) pour des problèmes psychologiques.

En date du 7 septembre 2016, le protocole de recherche a été accepté par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (Certificat CER-16-226-07.04; voir Appendice A). La période de recrutement s'est déroulée du mois d'octobre 2016 au mois de février 2017.

Instruments de mesure

Les questionnaires auto-rapportés permettent de mesurer les variables sociodémographiques, les habitudes de jeu, les différents types d'attributions, la perception de certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne ainsi que les stéréotypes.

Questionnaire

L'instrument administré aux participants constituait en deux copies de la lettre d'information et du formulaire de consentement (voir Appendice B) et en un questionnaire comportant sept pages (voir Appendice C). La première section du questionnaire principal permettait de recueillir certaines informations sociodémographiques sur les participants.

La deuxième section concernait les habitudes de jeu de ceux-ci. La troisième partie s'intéressait à la perception des répondants sur certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne. La quatrième et la cinquième section étaient consacrées à récolter les types d'attributions et les stéréotypes qu'entretenaient les répondants à propos des joueurs de JHA ayant un problème de jeu. Chacune des sections du questionnaire sera décrite ci-dessous. La plupart des répondants ont pris moins de 20 minutes pour remplir le questionnaire.

Informations sociodémographiques. Cinq questions concernant : l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le programme et l'année d'étude des participants.

Habitudes de jeu. Trois questions concernant les endroits où les répondants ont misé ou parié de l'argent au cours d'un ou des JHA, la fréquence à laquelle ils ont joué et le montant total misé au cours des 12 mois précédant la participation.

Types d'attributions. Cette section du questionnaire comprenait une version validée en français du CDSII (*Causal Dimension Scale-II*) originalement développée par McAuley et al. (1992) et traduite par Fontayne, Martin-Krumm, Buton et Heuzé (2003). La version originale présente une bonne consistance interne ($0,60 < \alpha$ de Cronbach $< 0,92$) pour l'ensemble des facteurs et possède une structure permettant de croire en sa validité de construit selon les chercheurs. La version traduite du questionnaire présente une validité concomitante acceptable selon le coefficient de corrélation entre

celle-ci et la version originale de McAuley, Duncan et Russell ($r = 0,83$, $p < 0,01$) après que ces deux versions aient été administrées à un même échantillon de huit professeurs bilingues en français et en anglais.

Ce questionnaire comporte 12 énoncés auxquels les participants doivent répondre sur une échelle de 1 à 9. Ces énoncés mesurent les facteurs impliqués dans les erreurs fondamentales d'attributions (locus de causalité interne et externe, stabilité et contrôlabilité). Chaque énoncé est mesuré sur un continuum opposant à chaque occasion « causalité interne et non-interne », « causalité externe et non-externe », « stabilité et instabilité » et « contrôlabilité et incontrôlabilité ». Par exemple, dans la présente étude sur le problème de jeu des joueurs de hasard et d'argent en ligne, il leur sera demandé s'il s'agit de quelque chose « qui est permanent » (1) ou « qui est fluctuant » (9). Alors, plus la réponse du participant se rapproche de 9, plus ce dernier juge que le problème de jeu est quelque chose de fluctuant, donc moins il sera considéré comme commettant une erreur fondamentale d'attribution puisqu'il considère que des facteurs situationnels peuvent influencer le comportement. De manière plus générale, plus le problème de jeu d'un individu est jugé par le répondant comme étant de cause interne, peu influencé par des éléments externes, stables et contrôlables, plus cet individu est réputé responsable de son comportement, plus les stéréotypes entretenus à son endroit seraient défavorables (Gawronski, 2004; Gilbert & Malone, 1995; Masuda & Kitayama, 2004; McAuley et al., 1992; Russell, 1982; Weiner, 1985). À l'inverse, plus le comportement de jeu d'un individu est jugé externe, peu causé par des éléments internes, instables et incontrôlables,

moins l'individu devrait être considéré responsable de son comportement, donc ferait l'objet de stéréotypes plus favorables.

Perception de certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne. Pour cette partie du questionnaire, il était demandé aux participants de répondre à quatre questions concernant leur perception sur la proportion de joueurs de JHA en ligne jouant à chaque jour ou plus, la proportion de joueurs de JHA en ligne qui dépensent plus de 5000 \$ annuellement, la proportion de joueurs de JHA en ligne ayant des moyennes de sessions de jeu de 3 h et plus, ainsi que la proportion de joueurs de JHA en ligne n'ayant pas de problème de jeu.

Stéréotypes. Pour connaître le niveau de stéréotypes des répondants à propos des joueurs de JHA ayant un problème de jeu, il leur a été présenté une série de 20 qualificatifs issus de l'étude de Horch et Hodgins (2013). De ces 20 qualificatifs, 10 d'entre eux sont étiquetés comme les plus représentatifs des joueurs de JHA ayant des problèmes et les 10 autres représentent des caractéristiques moins représentatives des joueurs de JHA. Il a été demandé aux participants de la présente étude de coter de 1 à 7 chacun des qualificatifs selon qu'ils jugeaient être représentatifs ou non des joueurs de JHA en ligne ayant des problèmes de jeu. Plus les réponses se rapprochent de « 7 », plus la caractéristique évaluée est perçue comme étant très représentative des joueurs de JHA en ligne ayant un problème selon les répondants et vice-versa. Parmi les termes, on retrouve par exemple : « fiable », « fauché », « stable », « honnête » et « désespéré » (voir Appendice C).

Déroulement

Durant la phase de recrutement, le chercheur principal s'est adressé directement aux groupes de répondants correspondant aux critères de la population désirée durant leur période de cours dans les salles de classe de l'Université du Québec à Trois-Rivières avec l'autorisation des enseignants concernés. Il a brièvement présenté les principaux objectifs de la recherche ainsi que les différentes sections du questionnaire. Ce dernier a d'ailleurs insisté sur l'importance accordée à l'anonymat et à la confidentialité des informations recueillies par tous les membres de l'équipe de recherche. Le chercheur a ensuite invité les participants à lire attentivement la lettre de présentation et le formulaire de consentement et à en signer les deux copies. Ils devaient ensuite détacher la première copie de ces deux documents pour la conserver. Le chercheur a finalement souligné que la participation à l'étude relevait d'un choix totalement volontaire et qu'aucun inconvénient n'était associé au fait de ne pas participer.

Lors du moment où les répondants complétaient le questionnaire, le chercheur demeurait disponible pour répondre à toute question en lien avec le questionnaire ou la recherche. Aucun incident n'est survenu durant le déroulement du recrutement et le taux de participation général s'est élevé à 69,4 % chez les étudiants sollicités.

Critères d'inclusion et d'exclusion

La population visée par cette étude était les universitaires étudiant dans un domaine de la santé. Les critères d'inclusions étaient : (i) être âgé d'au moins 18 ans et (ii) faire

partie de l'un des programmes d'études universitaires suivants : psychologie, psychoéducation, médecine, ergothérapie ou sciences infirmières (voir Tableau 1).

Tableau 1

Année d'étude des répondants par programme prégradué

Domaines d'études	Certificat	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année (ou plus)
Psychologie	56	5	2	8
Psychoéducation	0	0	0	1
Médecine	0	34	0	1
Ergothérapie	0	34	3	0
Sciences infirmières	0	54	36	5

Note. $N = 239$ (excluant quatre (4) répondants ne respectant pas le critère d'inclusion du programme d'étude).

Les répondants entamant leur 4^e année de scolarité dans leur programme ont été regroupés avec les étudiants de 3^e année, en raison de leur petit nombre. Au départ, la recherche ne ciblait que les étudiants de première année dans leur domaine. Bien que le recrutement se soit déroulé lors de cours habituellement offerts à des étudiants de première année, beaucoup d'étudiants appartenant à des cohortes différentes se sont retrouvés parmi les répondants.

En comparant les réponses des participants selon leur année d'études universitaires à propos des différentes variables à l'étude, peu de variabilité est notée (voir Tableau 2).

Tableau 2

Moyennes des variables dépendantes en fonction de l'année d'études

Variables	Certificat (n = 56)		1 ^{re} année (n = 127)		2 ^e année (n = 41)		3 ^e année et plus (n = 15)	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Contrôle interne	3,93	1,83	4,41	1,87	4,05	1,65	3,77	1,85
Contrôle externe	5,46	1,90	5,44	1,77	5,31	1,98	4,79	1,69
Stabilité	6,30	1,32	6,33	1,46	6,24	1,51	5,94	1,64
Locus de causalité	3,90	1,76	4,40	1,57	3,70	1,57	3,88	2,29
Moyenne de stéréotypes négatifs	5,24	0,95	5,00	0,86	5,12	0,69	5,29	0,75
Moyenne de stéréotypes positifs	2,72	0,83	2,99	0,81	3,09	0,76	3,03	0,65

Une analyse de variance à un facteur (ANOVA; seuil de signification de 0,05) a révélé que l'année d'études à l'université n'a pas d'effet sur les moyennes obtenues à propos des principales variables dépendantes étudiées (voir Tableau 3). L'analyse des hypothèses principales sera donc exécutée en incluant tous les répondants faisant partie d'un des programmes d'études ciblés au départ, indépendamment de leur année de scolarité respective.

Tableau 3

*Analyse de variance (ANOVA) de l'effet de la scolarité (année d'études)
sur les variables principales à l'étude*

ANOVA à 1 facteur	Somme des carrés	Moyenne des carrés	$F(3, 238)^a$	p	η^2
Contrôle interne					
Inter groupe	13,85	4,62	1,39	0,25	0,17
Résiduel	792,08	3,31			
Contrôle externe					
Inter groupe	6,88	2,29	0,69	0,56	< 0,01
Résiduel	789,43	3,36			
Stabilité					
Inter groupe	2,40	0,80	0,39	0,76	< 0,01
Résiduel	495,36	2,11			
Locus de causalité					
Inter groupe	21,69	7,23	2,57	0,06	0,03
Résiduel	655,50	2,79			
Moyenne de stéréotypes négatifs					
Inter groupe	2,68	0,89	1,24	0,30	0,02
Résiduel	170,42	0,73			
Moyenne de stéréotypes positifs					
Inter groupe	3,71	1,24	1,95	0,12	0,02
Résiduel	151,41	0,34			

Note. ^a Sauf pour « locus de causalité » où la variance était hétérogène et où un test $F'(3, 54,24)$ de Welch a été appliqué pour en tenir compte.

Résultats

La présente section se divise en deux parties. La première partie décrit l'échantillon en fonction des variables à l'étude. La seconde partie s'intéresse aux analyses statistiques testant les hypothèses de recherche. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 21.

Analyse préliminaire des données

Des analyses préliminaires ont d'abord été conduites afin de voir la compatibilité des résultats obtenus par la présente étude avec ceux de l'étude de validation française de la version révisée de l'échelle de mesure des attributions causales (Fontayne et al., 2003). Ensuite, les résultats qualitatifs par rapport aux attributions et aux stéréotypes sont présentés.

Comparaison entre les attributions actuelles et les attributions du questionnaire original

La réduction des dimensions des réponses des participants de l'étude au questionnaire sur les attributions a permis de constater que les 12 items sont répartis sur quatre facteurs (contrôle interne, contrôle externe, stabilité et locus de causalité) conformes à la structure théorique attendue (Fontayne et al., 2003) et expliquant 50,90 % de la variance. Le Tableau 4 illustre les différents facteurs extraits des réponses des participants de l'étude au questionnaire sur les attributions.

Tableau 4

Analyse factorielle de l'échelle de mesure des attributions causales

Item	Facteur 1 Locus de causalité	Facteur 2 Contrôle externe	Facteur 3 Stabilité	Facteur 4 Contrôle interne	Communalité
1	0,81	-0,14	0,12	-0,17	0,67
6	0,72	-0,12	0,08	-0,34	0,55
9	0,90	-0,16	0,12	-0,26	0,80
5	-0,12	0,66	-0,64	-0,13	0,43
8	-0,12	0,55	-0,07	-0,27	0,32
12	-0,14	0,85	-0,05	-0,19	0,72
3	0,13	-0,13	0,51	0,16	0,29
7	0,05	0,05	0,51	-0,18	0,30
11	0,09	-0,13	0,76	0,11	0,59
2	0,17	0,21	-0,04	-0,67	0,45
4	0,19	0,22	0,06	-0,61	0,39
10	0,33	0,12	-0,11	-0,76	0,61

Note. Les nombres en gras indiquent les saturations les plus élevées.

^a les matrices de structure sont extraites à l'aide de la méthode de factorisation en axes principaux et rotation Oblimin avec normalisation de Kaiser.

Les réponses des participants sur chacune des quatre dimensions d'attribution sont significativement différentes d'une position neutre qui correspond à un score de cinq (voir Tableau 5). Les répondants estiment, en moyenne, que le problème de jeu d'un joueur de JHA en ligne est davantage quelque chose qui est contrôlable par l'individu

qu'incontrôlable ($M = 4,20$, $ÉT = 1,83$; $t(238) = -6,74$, $p < 0,01$) et sur lequel les tiers auraient plutôt tendance à ne pas pouvoir en exercer un ($M = 5,38$, $ÉT = 1,83$; $t(238) = 3,20$, $p < 0,01$). Les répondants perçoivent également que le problème de jeu de ces personnes est quelque chose qui tend vers un phénomène qui est plus instable que stable ($M = 6,29$, $ÉT = 1,45$; $t(238) = 13,74$ $p < 0,01$) et qui provient plutôt du joueur lui-même ($M = 4,13$, $ÉT = 1,69$; $t(238) = -7,96$, $p < 0,01$) que d'un facteur contextuel. Une partie de ces résultats n'appuie que partiellement l'erreur fondamentale d'attribution. En effet, pour soutenir la présence de l'ensemble de ce biais, le problème de jeu aurait dû être perçu comme stable, ce qui n'est pas le cas dans la présente étude.

Tableau 5

Attributions moyennes des répondants à propos du comportement de jeu des joueurs de JHA en ligne qui développent un problème de jeu et seuils de signification pour la comparaison avec des attributions neutres

Attribution	Contrôle interne	Contrôle externe	Stabilité	Locus de causalité
$M (ÉT)$	4,20 (1,83)	5,38 (1,83)	6,29 (1,45)	4,13 (1,69)
Différence par rapport à une attribution neutre	-0,80	0,38	1,29	-0,87
Signification	$p < 0,001$	0,002	$p < 0,001$	0,000
Intervalle de confiance (95 %)	[-1,03, -0,56]	[0,14, 0,61]	[1,10, 1,47]	[-1,08, -0,65]

Note : une attribution neutre correspond à un score de 5 sur les échelles.

Telle que présentée dans le Tableau 6, l'analyse des corrélations des quatre dimensions de l'étude révèle que les corrélations les plus fortes apparaissent entre les échelles « contrôle interne – locus de causalité » et « contrôle interne – contrôle externe ». Donc, les répondants qui estiment que le problème de jeu des joueurs en ligne est influencé ou régulé par les joueurs considèrent également que ce comportement trouve sa cause au sein de cette même personne ($r(237) = 0,30, p < 0,01$). De plus, lorsque le problème de jeu est perçu comme étant régulé par le joueur, il est toutefois aussi considéré comme pouvant également être influencé par des tierces personnes ou d'autres facteurs ($r(237) = 0,21, p < 0,01$). Ce second résultat s'oppose à ce que la littérature documente habituellement en ce qui concerne les attributions (Gawronski, 2004; Masuda & Kitayama, 2004; Gilbert & Malone, 1995; McAuley et al., 1992; Russell, 1982; Weiner, 1985).

Tableau 6

Corrélations entre les dimensions des attributions (N = 239)

Variable	2	3	4
1. Stabilité	-0,047	-0,090	0,114
2. Contrôle interne		0,212**	0,299**
3. Contrôle externe			-0,135*
4. Locus de causalité			

*corrélation significative, $p < 0,05$.

**corrélation significative, $p < 0,01$.

Résultats descriptifs concernant les stéréotypes

En ce qui a trait aux stéréotypes entretenus à l'égard des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu, l'étude actuelle a révélé des similarités avec l'étude ayant été utilisée comme référence (Horch & Hodgins, 2013). Effectivement, à l'exception des termes « de faible volonté » et « pragmatique », les réponses des répondants de la présente étude classent les qualificatifs de la même manière selon qu'ils sont représentatifs ou non des joueurs de JHA en ligne ayant un problème. Sur l'échelle de mesure à sept niveaux, les répondants ont jugé les joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu comme étant plus représentés par l'ensemble des caractéristiques négatives ($M = 5,09/7$) et moins représentés par l'ensemble des caractéristiques positives ($M = 2,95/7$). Plus précisément, les cinq termes ayant été jugés comme étant les plus représentatifs des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu par les répondants de la présente étude sont les mêmes que ceux de l'étude dont ils ont été tirés (dépendant, impulsif, obsessionnel, compulsif et téméraire). Pour les termes étant considérés comme les moins représentatifs des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu, quatre des cinq termes les moins représentatifs de la présente étude figurent également parmi les termes les moins représentatifs de l'étude de Horch et Hodgins (2013). Il s'agit des termes : rationnel, prudent, en contrôle et stable. À la lumière de ces données, il est donc raisonnable de conclure qu'en ce sens, les répondants de l'étude actuelle entretiennent des stéréotypes peu favorables envers les joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Le Tableau 7 présente chacun des termes avec les valeurs moyennes qui y ont été attribuées par les répondants.

Tableau 7

Classement des qualificatifs les plus représentatifs et les moins représentatifs des joueurs de JHA ayant un problème de jeu (N = 239)

Plus représentatifs	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Dépendant	6,01	1,07
Impulsif	5,68	1,15
Obsessif	5,61	1,31
Compulsif	5,60	1,45
Téméraire	5,06	1,39
Fauché	4,77	1,34
Irréaliste	4,74	1,46
Désespéré	4,69	1,44
Irresponsable	4,54	1,51
Pragmatique	3,50	1,30
Moins représentatifs	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Lucide	3,47	1,29
Honnête	3,38	1,24
Faible volonté	3,36	1,38
Logique	3,18	1,32
Fiable	3,04	1,28
Stable	2,87	1,25
Rationnel	2,86	1,28
Sage	2,50	1,23
Prudent	2,37	1,41
En contrôle	2,33	1,30

Comme il a été discuté précédemment, être en contact ou familier avec certaines problématiques sociales comme les dépendances diminue généralement le désir de distance sociale, le niveau de dangerosité perçu ainsi que les comportements de stigmatisation à l'égard des personnes faisant l'objet de ces problématiques, ce qui traduit une moins grande propension à entretenir des stéréotypes négatifs à leur égard.

En ce qui concerne les participants de l'étude actuelle, le fait de connaître une personne ayant déjà consulté un intervenant pour des problèmes psychologiques ne semble pas avoir d'effet sur le type d'attributions de contrôle interne ($t(237) = 1,15$, $p = 0,25$), de contrôle externe ($t(237) = 0,81$, $p = 0,42$), de stabilité ($t(237) = -0,79$, $p = 0,43$), ou de locus de causalité ($t(237) = 0,73$, $p = 0,47$), ni en ce qui a trait à l'existence de stéréotypes négatifs ($t(237) = -0,60$, $p = 0,55$) et positifs ($t(237) = -0,97$, $p = 0,33$) que ceux-ci entretiennent à l'égard des joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Le Tableau 8 présente ces résultats.

Tableau 8

Moyennes et tests des variables principales à l'étude en fonction de la familiarité des répondants avec une personne ayant déjà consulté un intervenant pour des problèmes psychologiques

Variables dépendantes	Familiarité				<i>d</i> de Cohen	<i>p</i>
	Oui (<i>n</i> = 129)		Non (<i>n</i> = 110)			
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>		
Contrôle interne	4,33	1,88	4,05	1,78	-0,15	0,51
Contrôle externe	5,48	1,87	5,28	1,77	-0,11	0,63
Stabilité	6,23	1,37	6,38	1,52	0,10	0,53
Locus de causalité	4,20	1,66	4,04	1,72	-0,10	0,56
<i>M</i> stéréotypes négatifs	5,06	0,87	5,12	0,84	0,07	0,81
<i>M</i> stéréotypes positifs	2,90	0,79	3,00	0,81	0,13	0,28

Présentation des résultats associés aux hypothèses de recherche

L'étude actuelle comportait un objectif principal ainsi qu'un objectif secondaire. L'objectif premier était d'étudier le lien entre le type d'attribution des répondants au sujet des joueurs de JHA en ligne développant des problèmes de jeux ainsi que le contenu des stéréotypes entretenus à propos de ces joueurs. Selon la littérature à ce sujet, une personne endossant des stéréotypes négatifs envers un groupe de personnes partageant des caractéristiques jugées indésirables devrait également percevoir que celles-ci sont responsables de ces caractéristiques, qu'elles peuvent les réguler, que d'autres personnes ou d'autres facteurs ne peuvent exercer un contrôle sur celles-ci et qu'il s'agit de caractéristiques stables dans le temps.

Des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les variables pour lesquelles un lien était supposé. Contrairement à l'hypothèse (1a), la corrélation entre le contrôle relatif au problème de jeu en ligne et les stéréotypes négatifs à l'égard des joueurs est faible et s'avère non significative ($r(237) = 0,02, p = 0,39$). Pour ce qui est de l'hypothèse (b), les données n'appuient pas la présence d'une corrélation négative entre le fait d'estimer que le problème de jeu des joueurs en ligne est régulé par une source externe et le fait d'endosser des stéréotypes négatifs à leur égard ($r(237) = 0,11, p = 0,98$). En ce qui concerne l'hypothèse (c), il n'y a pas de lien entre la stabilité et l'existence de stéréotypes négatifs ($r(237) = -0,02, p = 0,80$). Encore une fois, ces résultats n'appuient pas ce qui était attendu, puisque la perception des répondants à l'effet que le problème de jeu des joueurs en ligne est stable n'est pas associée à l'existence de plus de stéréotypes négatifs. Finalement, les résultats de l'analyse en ce qui concerne les stéréotypes négatifs ainsi que la provenance interne du problème de jeu révèlent que l'hypothèse de recherche (d) n'est pas appuyée par les données ($r(237) = -0,18, p = 0,99$).

En ce qui concerne le deuxième objectif de l'étude, il s'est avéré que les répondants n'estimaient pas correctement les caractéristiques demandées à propos des joueurs de JHA en ligne. Telles que présentées dans le Tableau 9, les réponses moyennes des répondants à chacune des questions factuelles à propos des habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne s'avèrent significativement différentes des données récoltées à ce propos lors de la dernière étude de prévalence.

Tableau 9

Perception des répondants envers certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne comparativement à la dernière étude de prévalence des JHA au Québec

	Valeurs de référence (%)	Valeurs observées (%)	ÉT	Différence de moyennes	d de Cohen
Joue à chaque jour	19,2	36,7*	24,0	17,5	1,45
Dépenses de 5000 \$ et plus en une année	21,5	31,8*	21,2	10,3	0,98
A des séances de jeu de 3 h et plus	46,4	36,9*	23,7	-9,5	-0,80
Ne présente pas de problème de jeu	63,1	42,1*	25,3	-21,0	-1,66

Note. Les valeurs de référence proviennent de l'étude de prévalence de Kairouz et al. (2014).

*différence significative, $p < 0,01$.

Pour ce qui est de l'hypothèse 2a, il y a une différence significative ($t(237) = 11,19$, $p < 0,01$) entre le pourcentage de joueurs de JHA en ligne jouant au moins à chaque jour selon la dernière étude de prévalence (36,7 %) ainsi que la perception des répondants de l'étude actuelle à ce sujet (19,2 %). En ce qui concerne l'hypothèse 2b, il y a une différence significative ($t(237) = 7,51$, $p < 0,01$) entre le pourcentage de joueurs de JHA en ligne dépensant plus de 5000 \$ annuellement en jouant (21,5 %) ainsi que la perception des répondants de l'étude actuelle à ce sujet (31,8 %). En ce qui a trait à l'hypothèse 2c, il y a une différence significative ($t(237) = -6,16$, $p < 0,01$) entre le pourcentage de joueurs de JHA en ligne ayant des épisodes de jeu de plus de 3 h en moyenne selon la dernière

étude de prévalence (46,4 %) ainsi que la perception des répondants de l'étude actuelle à ce sujet (37,0 %). Finalement, pour l'hypothèse 2d, il y a une différence significative ($t(237) = -12,74, p < 0,01$) entre le pourcentage de joueurs de JHA en ligne ne présentant pas de problème de jeu selon la dernière étude de prévalence (63,1 %) ainsi que la perception des répondants de l'étude actuelle à ce propos (42,2 %). Ces données semblent appuyer l'hypothèse que les répondants entretiennent certains biais à l'égard de certaines caractéristiques des joueurs de JHA en ligne, ce biais surestimant généralement l'ampleur de la problématique, sauf pour les séances de jeu de trois heures ou plus.

Discussion

Les objectifs de la présente étude étaient orientés de manière à documenter la perception des étudiants universitaires dans différents domaines de la santé à propos des joueurs de JHA en ligne. La popularité grandissante de ce type de jeu, ainsi que le peu de données à ce sujet nous portaient à croire qu'il s'agissait d'un domaine scientifiquement intéressant à aborder. D'une part, un objectif de recherche avait été élaboré pour comparer les stéréotypes des répondants à propos des joueurs de JHA en ligne avec les données existantes au sujet des joueurs de JHA en général. D'autre part, un objectif exploratoire visait à examiner si les répondants avaient une vision juste de l'ampleur de l'implication au jeu de certains joueurs de JHA en ligne en comparant leur perception avec les données épidémiologiques existantes.

La recherche documentaire a permis de mettre en évidence qu'au sein de la population générale ainsi qu'auprès de certains professionnels de la santé, les perceptions tendaient à être négatives en ce qui concerne les joueurs de JHA ayant un problème de jeu. Ces derniers se voyaient attribuer des traits de personnalité plus négatifs et étaient considérés plus responsables de leur condition que les individus ayant un autre type de problème de santé mentale comme la dépression, par exemple. Ces éléments sont généralement précurseurs de l'adoption de comportements stigmatisants à l'égard des gens qui en sont l'objet.

La présente étude appuie en partie la littérature scientifique. Bien que les répondants de l'étude actuelle endossent certaines caractéristiques négatives comme étant représentatives des joueurs de JHA en ligne ayant un problème, ils ne correspondent pas au profil d'individus faisant preuve d'erreur fondamentale d'attribution lorsque questionnés au sujet de ce qui pourrait expliquer le comportement des joueurs ayant un problème de jeu en ligne.

Les résultats actuels ne mettent en évidence aucun lien entre l'attribution de caractéristiques négatives ainsi que la source de contrôle du problème de jeu (interne ou externe) ou la stabilité du problème de jeu. De plus, contrairement à ce qui est présent dans la littérature concernant le domaine des dépendances (Angermeyer & Matschinger, 1997; Corrigan et al., 2009; Crisp et al., 2000, 2005; Dhillon et al., 2011; Feldman & Crandall, 2007; Ford et al., 2008; Gawronski, 2004; Gilchrist et al., 2011; Horch & Hodgins, 2008; Link et al., 1999; Masuda & Kitayama, 2004; May et al., 2002; McLaughlin et al., 2006; Pescosolido et al., 2010; Rao et al., 2009; Schnittker, 2008), les répondants attribuent davantage de caractéristiques négatives aux joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu lorsque le problème est perçu comme étant contrôlé par une source externe. Finalement, contrairement aux connaissances existantes, les répondants n'attribuent pas plus de caractéristiques négatives aux joueurs de JHA en ligne ayant un problème lorsqu'ils croient que ce problème provient du joueur lui-même plutôt que d'une source externe.

Ces résultats sont étonnants, principalement car les variables « stéréotypes » et « attributions », lorsqu'observées individuellement, sont réparties de manière similaire aux études ayant analysé les mêmes variables et correspondent aux modèles théoriques sur lesquels reposent les hypothèses de recherche. Lorsque ces variables sont mises en relation, elles ne présentent pas un patron de comportement conforme à ce que la littérature soutient. En général, les répondants n'entretiennent pas plus de stéréotypes négatifs quelle que soit l'explication qu'ils offrent à propos du problème de jeu d'un joueur de JHA en ligne. Pourtant, ils jugent bel et bien que ce type de joueurs sont plus impulsifs, obsessifs et compulsifs ainsi que moins prudents, sages et rationnels. Cela suggère que les répondants, qui sont tous des étudiants dans des domaines de la santé, endossent une certaine vision « stéréotypée » et plutôt négative des joueurs étudiés, mais ne considèrent pas que ceci est relié aux causes perçues de leur comportement.

Nous supposons que deux facteurs pourraient sous-tendre ces résultats. Le premier est que les étudiants entamant leur parcours universitaire dans les domaines de la santé auraient des prédispositions naturelles à bien comprendre des phénomènes généraux comme l'existence des stéréotypes et seraient en mesure de différencier leur perception des individus qui les entourent ainsi que les jugements de valeur à propos des causes perçues de cette perception. Par exemple, une étudiante sélectionnée parmi l'échantillon de l'étude pourrait penser que les joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu sont « fauchés » et « peu prudents » sans toutefois inférer une cause interne pour expliquer la source de leur problème.

La familiarité avec certains troubles mentaux est associée dans la littérature à un moins grand désir de distance sociale et moins de comportements de stigmatisation (Link & Cullen, 1986; Penn et al., 1994). Cependant, la présente étude n'a pu mettre en évidence de différence significative en ce qui concerne le type d'attribution ou la présence de stéréotypes négatifs de la part des répondants que ceux-ci connaissent une personne qui a déjà consulté pour des problèmes psychologiques ou non. Ces résultats pourraient être expliqués par une plus grande connaissance en ce qui concerne les problématiques de la santé, notamment de santé mentale, chez les répondants de la présente étude. Ces connaissances augmenteraient leur niveau de familiarité avec les troubles mentaux comme le jeu pathologique. En ce sens, chaque répondant de l'étude actuelle pourrait être considéré comme ayant un degré de familiarité avec les JHA suffisant pour avoir une influence sur le type d'attribution et la présence de stéréotypes négatifs.

Le deuxième facteur associé à ces résultats particuliers pourrait être lié au contexte dans lequel les JHA en ligne évoluent. Les joueurs de JHA en ligne pratiquent cette activité souvent seuls et sont plutôt discrets à propos de cette facette de leur vie. Cette attitude favorise la méconnaissance du réel phénomène ainsi que l'ampleur de celui-ci. Il se peut que les répondants aient alors eu du mal à évaluer les impacts du JHA en ligne au niveau de la société, donc encore une fois, seraient moins influencés lorsqu'ils analysent le phénomène et les joueurs qui le composent. Voici un exemple qui illustre ce propos : les accidents routiers causés par l'alcool au volant se retrouvent souvent dans les bulletins de nouvelles ou dans les médias écrits, ce qui peut amener le public à entretenir une

opinion négative de l'alcool en tant que problématique sociale et donc des individus ayant une dépendance à l'alcool (Slater, Hayes, & Chung, 2015). En contrepartie, les conséquences sociales et économiques des jeux de hasard et d'argent sont moins souvent représentées dans l'espace public lorsque la thématique des jeux de hasard et d'argent est abordée (Korn, Gibbins, & Azmier, 2003). Cette association entre des phénomènes sociaux, comme l'alcool ou les JHA, ainsi que leurs conséquences sociétales potentiellement néfastes respectives peuvent influencer (souvent de manière négative) l'opinion publique sur un sujet, pour autant que ces conséquences soient connues. Donc, la méconnaissance du phénomène des JHA et de ses impacts au niveau de la société pourrait, à notre avis, influencer l'attitude des répondants à cet égard en atténuant leur jugement causal à propos des sources des caractéristiques stéréotypées qu'ils associent aux joueurs.

La recherche documentaire a par ailleurs identifié d'autres éléments à prendre en compte dans le domaine des stéréotypes, des attributions et de la stigmatisation (désir de distance sociale ainsi que dangerosité perçue). Un examen plus approfondi de ces variables pourrait permettre d'en connaître davantage sur les autres facteurs qui soutiennent la présence de stéréotypes et le type d'attributions.

Perception des habitudes de jeu

Pour ce qui est de la deuxième hypothèse de recherche, les répondants ont une perception erronée du phénomène du jeu en ligne. Ils surestiment la proportion de joueurs

en ligne jouant à chaque jour ainsi que la proportion de joueurs en ligne ayant des dépenses annuelles de plus de 5000 \$. D'un autre côté, ils sous-estiment la proportion de joueurs en ligne ayant des épisodes de jeux de plus de trois heures en moyenne ainsi que la proportion de joueurs en ligne n'ayant pas de problème de jeu.

Ces résultats suggèrent qu'il y a effectivement une méconnaissance du phénomène et des tailles d'effet importantes émergent concernant les différences entre les valeurs de référence épidémiologique et celle estimées par les répondants. La perception exagérée de la fréquence quotidienne de jeu et des dépenses annuelles et la minimisation de la proportion de joueurs n'ayant pas de problème de jeu révèle que les répondants considèrent les joueurs de JHA en ligne comme ayant un comportement de jeu plus intense que celui observé dans la réalité. Il était attendu que cette méconnaissance coïncide avec l'adoption d'une forte erreur fondamentale d'attribution, ce qui n'est cependant pas le cas.

Recherches futures

Des recherches plus poussées pourraient approfondir cette apparente contradiction entre les études examinant le lien entre les stéréotypes et les attributions dans le domaine de la santé mentale et l'étude actuelle. Les connaissances sur le sujet ont déjà mis en évidence la présence de stéréotypes négatifs à l'égard des personnes ayant un trouble de dépendance à une substance ou au jeu, et ce, même parmi certains professionnels de la santé. Une connaissance sur le niveau de dangerosité perçue et le désir de distance sociale pourraient nous informer davantage sur les raisons qui sous-tendent les observations

recueillies au sujet des stéréotypes. Il faut toutefois relever que la perception et la place au sein de la société des JHA ont évolué au fil du temps. Des enjeux moraux, légaux, économiques, politiques et médicaux proposent des regards différents sur le sujet. Avec les résultats de la présente étude, nous avons peut-être le reflet d'une attitude plus inclusive à l'égard des individus, avec les bons et moins bons côtés qui les composent, du moins auprès de la population étudiée. Cela pourrait être également signe d'une vision plus humaniste et systémique des problèmes de dépendances où l'individu n'est pas nécessairement jugé responsable de sa condition et donc de son malheur.

Le groupe particulier de répondants actuel peut également différer des échantillons étudiés jusqu'à présent. Des étudiants dans divers domaines de la santé pourraient être plus sensibilisés à l'influence de l'environnement dans le développement de l'individu autant dans sa globalité que dans les difficultés auquel il fera face. Il est rassurant de constater que les attributions internes soient moins systématiques et que des attributions externes peuvent coexister pour expliquer le problème de jeu d'une personne, et ce, malgré la présence de jugements stéréotypés qui persistent à propos des caractéristiques de joueurs de JHA en ligne ayant un problème.

Notre compréhension de ce qui peut expliquer la différence au niveau des hypothèses de recherches et de la littérature existante est limitée aux variables mesurées uniquement. Des données qualitatives auraient pu fournir des informations plus en profondeur à cet effet. Des études ultérieures pourraient donc pousser l'investigation avec des entrevues

qualitatives auprès de répondants sur le thème des perceptions associées aux joueurs de JHA en ligne qui présentent des problèmes de jeu. Ceci permettrait de mieux cerner comment prennent forme les attributions causales au sujet des problèmes de jeu.

Forces et limites de l'étude

Une force de cette étude repose dans la qualité avec laquelle les données observées au niveau univarié correspondent aux données existantes sur le sujet ainsi qu'aux modèles théoriques. D'un point de vue statistique, cela permet de donner de la crédibilité aux données recueillies, bien qu'elles ne soient pas associées entre elles de la manière attendue. Il nous paraît donc clair que notre incapacité à confirmer nos hypothèses n'est pas due à des variations aléatoires dans les réponses des participants de l'étude ou à une incompréhension des items du questionnaire.

Une certaine variabilité est notée en ce qui concerne les réponses des participants de l'étude aux variables attributionnelles. L'écart-type atteint parfois plus de 1,8 point sur une échelle à 9 niveaux, donc les attributions présentent une certaine hétérogénéité au sein de la population étudiée. Cela peut traduire des opinions divergentes au sein des répondants issus d'un même milieu ou bien une différence au niveau de la compréhension de la consigne. Quoi qu'il en soit, les répondants ont présenté des réponses cohérentes entre elles et mesurant les mêmes dimensions attributionnelles que le questionnaire d'origine.

Conclusion

Cet essai avait deux objectifs. Le premier était de documenter le contenu des stéréotypes et les types d'attributions que les étudiants universitaires dans divers domaines de la santé entretiennent envers les joueurs de jeux de hasard en ligne ayant un problème de jeu et de voir s'il y a un lien entre les deux. Le second objectif de cet essai était de comparer certaines données relatives aux habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne avec l'estimation que faisaient les répondants de ces données. Notre étude a montré que les répondants attribuent davantage de caractéristiques négatives que positives aux joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu conformément à ce que l'on retrouve dans la littérature scientifique à ce sujet. Néanmoins, la présence de stéréotypes négatifs n'était pas corrélée de manière attendue aux caractéristiques attributionnelles suivantes : locus de contrôle interne, locus de contrôle externe, stabilité et locus de causalité. Enfin, l'étude indique que les répondants n'estimaient pas avec justesse le pourcentage de joueurs de JHA en ligne jouant au moins à chaque jour, qui ont des dépenses annuelles de plus de 5000 \$, qui ont des épisodes de jeu de plus de 3 h en moyenne ainsi que le pourcentage de joueurs de JHA en ligne n'ayant pas de problème de jeu. Pour ces quatre caractéristiques, la différence entre la perception des répondants et les données de la dernière étude québécoise de prévalence s'est révélée significative.

En somme, les résultats de cette étude nous permettent de croire que l'opinion d'étudiants universitaires en santé à propos des joueurs de JHA ayant un problème de jeu

n'est pas totalement de la même nature qu'envers les personnes ayant un autre type de dépendance comme à l'alcool ou aux drogues. Les joueurs ayant un problème de jeu se voient attribuer davantage de caractéristiques négatives que positives, mais ne sont pas nécessairement perçus pour autant systématiquement responsables de leur condition. Dans le domaine des stéréotypes et des attributions, les individus jugés plus responsables de leur problème de dépendance sont plus susceptibles d'être l'objet de stigmatisation de la part des gens de leur entourage ce qui diminue la demande d'aide de ces personnes et les amène à adopter une attitude négative face à eux-mêmes. Par ailleurs, au niveau de la perception plus générale du phénomène, les répondants tendent à minimiser certaines habitudes de jeu des joueurs de JHA en ligne alors qu'ils en surestiment d'autres, ce qui démontre une certaine méconnaissance du phénomène. En général, une telle méconnaissance amène les individus à adopter une vision plutôt simpliste et rigide des personnes ciblées en plus d'être négative dans le domaine des dépendances. Il semble donc que les JHA en ligne constituent une catégorie distincte des autres types de dépendances dans l'opinion publique d'universitaires, du moins, selon cette recherche.

Il est pertinent de rappeler que cette étude se voulait exploratoire et que plusieurs facteurs demeurent à être étudiés afin de développer une vision plus exhaustive de l'opinion des étudiants envers les joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu. Entre autres, le niveau de dangerosité perçue ainsi que le désir de distance sociale pourraient nous permettre de voir s'ils ont un effet médiateur entre la manière dont sont perçus les

joueurs de JHA en ligne ayant un problème de jeu, le degré de responsabilité leur étant attribué ainsi que l'adoption de conduites stigmatisantes à leur égard.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de constater de telles différences entre ce que la littérature suggère dans le contexte des dépendances et les résultats de la présente étude. Les attributions telles que mesurées ne confirmant pas l'erreur fondamentale d'attribution, ce qui, au final, représente une opportunité de diminuer la stigmatisation dont font l'objet les joueurs de JHA en ligne ayant un problème et ultimement engendrerait potentiellement de moins grandes conséquences psychologiques néfastes qui se rajoutent à leur problème ainsi qu'à de meilleures chances de demander de l'aide sans crainte de jugement négatif. Il serait pertinent de répliquer cette étude auprès d'un échantillon de répondants issu de la population générale afin d'examiner si les résultats sont similaires.

Références

- Adès, J., Belmas, E., Costes, J. M., Craipeau, S., Lançon, C., Le Moal, M., ... & Van Der Linden, M. (2008). *Jeux de hasard et d'argent: contextes et addictions* (Thèse de doctorat), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Arlington, VA: Author.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological medicine*, 27(01), 131-141. doi: 10.1017/S0033291796004205
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155-174. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00057-X
- Brener, L., Von Hippel, W., & Kippax, S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: Does greater contact lead to less prejudice?. *International Journal of Drug Policy*, 18(5), 381-387. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.01.006
- Campbell, C. S., & Smith, G. J. (1998). Canadian gambling: Trends and public policy issues. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556(1), 22-35.
- Campbell, C. S., & Smith, G. J. (2003). Gambling in Canada—from vice to disease to responsibility: A negotiated history. *Canadian Bulletin of Medical History*, 20(1), 121-149.
- Carroll, A., Rodgers, B., Davidson, T., & Sims, S. (2013). *Stigma and help-seeking for gambling problems*. Canberra, Australie: Australian National University.
- Castellani, B. (2000). *Pathological gambling: The making of a medical problem*. Albany, NY: Suny Press.

- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (2018). *Définition de stigmaté*. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/stigmaté>
- Chaire de recherche sur l'étude du jeu de l'Université Concordia. (2014). *Prevalence of gambling*. Repéré à <https://www.concordia.ca/content/dam/artsci/research/lifestyle/addiction/docs/factsheet/prevalence-gambling.pdf>
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147. doi: 10.1177/1468017308101818
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179. doi: 10.2307/1519806
- Cotta, A. (1993). *La société du jeu*. Paris, France : Fayard.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. doi: 10.1192/bjp.177.1.4
- Currie, S. R., Hodgins, D. C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H., & Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101(4), 570-580.
- Dhillon, J., Horsch, J. D., & Hodgins, D. C. (2011). Cultural influences on stigmatization of problem gambling: East Asian and Caucasian Canadians. *Journal of Gambling Studies*, 27(4), 633-647. doi: 10.1007/s10899-010-9233-x
- Ding, L., Landon, B. E., Wilson, I. B., Wong, M. D., Shapiro, M. F., & Cleary, P. D. (2005). Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, 165(6), 618-623. doi: 10.1001/archinte.165.6.618

- Edgren, R., Castrén, S., Alho, H., & Salonen, A. H. (2017). Gender comparison of online and land-based gamblers from a nationally representative sample: Does gambling online pose elevated risk?. *Computers in Human Behavior*, 72, 46-56.
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137-154. doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137
- Ferris, J. A., & Wynne, H. J. (2001). *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Fontayne, P., Martin-Krumm, C., Buton, F., & Heuzé, J. P. (2003). Validation française de la version révisée de l'échelle de mesure des attributions causales (CDSII). *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 58, 59-72.
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241-252. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241
- Ford, R., Bammer, G., & Becker, N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2452-2462. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x
- Foster, J. H., & Onyeukwu, C. (2003). The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(5), 578-584. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00663.x
- Gainsbury, S. M., Russell, A., Hing, N., Wood, R., Lubman, D., & Blaszczynski, A. (2015). How the Internet is changing gambling: Findings from an Australian prevalence survey. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 1-15.
- Gawronski, B. (2004). Theory-based bias correction in dispositional inference: The fundamental attribution error is dead, long live the correspondence bias. *European Review of Social Psychology*, 15(1), 183-217.
- Giannetti, V. J., Sieppert, J. D., & Holosko, M. J. (2002). Attitudes and knowledge concerning alcohol abuse: Curriculum implications. *Journal of Health & Social Policy*, 15(1), 45-58. doi: 10.1300/J045v15n01_03
- Gilbert, D. T., & Malone, P. S. (1995). The correspondence bias. *Psychological Bulletin*, 117(1), 21-38.

- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: A European multi-centre study. *Addiction*, 106(6), 1114-1125. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public place*. Glencoe, NY: The Free Press.
- Gough, H. G., & Heilbrun, A. B. (1983). *The adjective check list manual: 1980 edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hing, N., & Russell, A. M. (2017). How anticipated and experienced stigma can contribute to self-stigma: The case of problem gambling. *Frontiers in Psychology*, 8, 235. Repéré à : <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00235>
- Hing, N., Breen, H., & Gordon, A. (2012). A case study of gambling involvement and its consequences. *Leisure Sciences*, 34(3), 217-235.
- Hing, N., Holdsworth, L., Tiyce, M., & Breen, H. (2014). Stigma and problem gambling: Current knowledge and future research directions. *International Gambling Studies*, 14(1), 64-81. doi: 10.1080/14459795.2013.841722
- Hing, N., Nuske, E., Gainsbury, S. M., & Russell, A. M. (2016). Perceived stigma and self-stigma of problem gambling: Perspectives of people with gambling problems. *International Gambling Studies*, 16(1), 31-48. doi: 10.1080/14459795.2015.109256
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392
- Horch, J. D., & Hodgins, D. C. (2008). Public stigma of disordered gambling: Social distance, dangerousness, and familiarity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(5), 505-528. doi: 10.1521/jscp.2008.27.5.505
- Horch, J., & Hodgins, D. (2013). Stereotypes of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 28, 1-19. doi: 10.4309/jgi.2013.28.10
- Horch, J. D., & Hodgins, D. C. (2015). Self-stigma coping and treatment-seeking in problem gambling. *International Gambling Studies*, 15(3), 470-488. doi: 10.1080/14459795.2015.1078392
- Jacques, C., & Ladouceur, R. (2006). A prospective study of the impact of opening a casino on gambling behaviours: 2-and 4-year follow-ups. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(12), 764-773.

- Janulis, P., Ferrari, J. R., & Fowler, P. (2013). Understanding public stigma toward substance dependence. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(5), 1065-1072. doi: 10.1111/jasp.12070
- Jones, E. E., & Colman, A. M. (1996). Stereotypes. Dans A. Kuper & J. Kuper (Éds), *The social science encyclopedia* (2^e éd., pp. 843-844). London: Routledge.
- Jones, E. E., & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3(1), 1-24. doi: 10.1016/0022-1031(67)90034-0
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Paradis, C. (2011). *Portrait of gambling in Quebec: Prevalence, incidence and trajectories over four years*. Montréal, QC: Concordia University.
- Kairouz, S., Nadeau, L., & Robillard, C. (2014). *Enquête ENHJEU-QUÉBEC : portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. Montreal, QC: Concordia University Research Chair on Gambling.
- Kairouz, S., Paradis, C., & Nadeau, L. (2012). Are online gamblers more at risk than offline gamblers?. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 15(3), 175-180. doi: 10.1089/cyber.2011.0260
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist*, 28(2), 107-128. doi: 10.1037/h0034225
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Korn, D. A., Gibbins, R., & Azmier, J. (2003). Framing public policy towards a public health paradigm for gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 235-256. doi: 10.1023/A:1023685416816
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289-365. doi: 10.1023/A:1023005115932
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., & Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002* (pp. 85). Québec, QC : Université Laval.

- Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 289-303. doi: 10.2307/2136945
- Link, B. G., & Cullen, F. T. (1990). The labeling theory of mental disorder: A review of the evidence. *Research in Community and Mental Health*, 6, 75-05.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1328
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098
- Loto-Québec. (2017). *Gagner en émotion : rapport annuel 2016-2017*. Repéré à <https://societe.lotoquebec.com/dam/jcr:bc84defa-9379-4bc7-9d03-a75e2afc6184/centre-de-documentation/rapports-annuels-et-trimestriels/2016-2017/rapport-annuel-2016-2017.pdf>
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.09.008
- MacLaren, V. V. (2016). Video lottery is the most harmful form of gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 459-485. doi: 10.1007/s10899-015-9560-z
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: The role of “disturbing behavior,” labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 208-223. doi: 10.2307/2676306
- Masuda, T., & Kitayama, S. (2004). Perceiver-induced constraint and attitude attribution in Japan and the US: A case for the cultural dependence of the correspondence bias. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(3), 409-416. doi: 10.1016/j.jesp.2003.08.004

- May, J. A., Warltier, D. C., & Pagel, P. S. (2002). Attitudes of anesthesiologists about addiction and its treatment: A survey of Illinois and Wisconsin members of the American Society of Anesthesiologists. *Journal of Clinical Anesthesia*, 14(4), 284-289. doi: 10.1016/S0952-8180(02)00359-8
- McAuley, E., Duncan, T. E., & Russell, D. W. (1992). Measuring causal attributions: The revised causal dimension scale (CDSII). *Society for Personality and Social Psychology*, 18(5), 566-573. doi: 10.1177/0146167292185006
- McGillion, J., Wanigaratne, S., Feinmann, C., Godden, T., & Byrne, A. (2000). GPs' attitudes towards the treatment of drug misusers. *British Journal of General Practice*, 50(454), 385-386.
- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., & Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 682-686. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01015.x
- Mersy, D. J. (2003). Recognition of alcohol and substance abuse-problem-oriented diagnosis. *American family Physician*, 67, 1529-1534.
- Mihaylova, T., Kairouz, S., & Nadeau, L. (2012). Online poker gambling among university students: Risky endeavour or harmless pastime? *Journal of Gambling Issues*, (28), 1-18. doi : 10.4309/jgi.2012.27.15
- Montes, K. S. (2013). A comparison of online and offline gamblers: An experimental manipulation of escape. *Dissertation Abstracts International*, 75(1-B), E. Repéré à : <https://search-proquest-com.biblioproxy.uqtr.ca/docview/1449206055>
- Montes, K. S., & Weatherly, J. N. (2017). Differences in the gambling behavior of online and non-online student gamblers in a controlled laboratory environment. *Journal of Gambling Studies*, 33(1), 85-97. doi: 10.1007/s10899-016-9613-y
- Muhrer, J. C. (2010). Detecting and dealing with substance abuse disorders in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(8), 597-605. doi: 10.1016/j.nurpra.2010.01.022
- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 567-574. doi: 10.1093/schbul/20.3.567

- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09121743
- Petry, N. M. (2005). Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10894-000
- Pinikahana, J., Happell, B., & Carta, B. (2002). Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nursing & Health Sciences*, 4(3), 57-62. doi: 10.1046/j.1442-2018.2002.00104.x
- R. A. Malatest and Associates Ltd. (2014). *2014 British Columbia problem gambling prevalence study: Final report*. Victoria, BC: Gambling Policy and Enforcement Branch, Ministry of Finance. Repéré à <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/sports-recreation-arts-and-culture/gambling/gambling-in-bc/reports/rpt-gprevalence-study-2014.pdf>
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x
- Redondo, I. (2015). Assessing the risks associated with online lottery and casino gambling: A comparative analysis of players' individual characteristics and types of gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(5), 584-596. doi : 10.1007/s11469-014-9531-0
- Ross, L. D. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 173-220.
- Ross, L. D., Amabile, T. M., & Steinmetz, J. L. (1977). Social roles , social control, and biases in social-perception processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(7), 485-494.
- Russell, C., Davies, J. B., & Hunter, S. C. (2011). Predictors of addiction treatment providers' beliefs in the disease and choice models of addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 150-164. doi: 10.1016/j.jsat.2010.09.006
- Russell, D. (1982). The causal dimension scale: A measure of how individuals perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(6), 1137-1145. doi: 0022-3514/82/4206-1137\$00.75

- Saitz, R., Friedmann, P. D., Sullivan, L. M., Winter, M. R., Lloyd-Travaglini, C., Moskowitz, M. A., & Samet, J. H. (2002). Professional satisfaction experienced when caring for substance-abusing patients. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 373-376. doi: 10.1007/s11606-002-0043-4
- Schnittker, J. (2008). An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Social Science & Medicine*, 67(9), 1370-1381. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.07.007
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. doi: 10.1093/alcalc/agq089
- Shen, Y., Kairouz, S., Nadeau, L., & Robillard, C. (2015). Comparing problem gamblers with moderate-risk gamblers in a sample of university students. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(2), 53-59. doi: 10.1556/2006.4.2015.002
- Slater, M. D., Hayes, A. F., & Chung, A. H. (2015). Injury news coverage, relative concern, and support for alcohol-control policies: An impersonal impact explanation. *Journal of Health Communication*, 20(1), 51-59. doi: 10.1080/10810730.2014.906523
- Snow, D. A., & Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*, 92, 1336-1371. doi: 10.1086/228668
- Stangor, C., & Lange, J. E. (1994). Mental representations of social groups: Advances in understanding stereotypes and stereotyping. *Advances in Experimental Social Psychology*, 26, 357-416. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60157-4
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240. doi: 10.1093/schbul/7.2.225
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75. doi: 10.1521/jscp.2006.25.1.75
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 325-337. doi: 10.1002/pchj.61

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 40-50. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548-573. doi: 10.1037/0033-295X.92.4.548
- Wiklund, L., Lindström, U. Å., & Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction: A struggle with life. *Theoria Journal of Nursing Theory, 15*(2), 7-16.

Appendice A
Certificat d'éthique



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Perceptions et stéréotypes concernant les jeux de hasard et d'argent en ligne

Chercheurs : Daniel Paré
Département de Psychologie

Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-16-226-07.04

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 07 septembre 2016 au 07 septembre 2017

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Bruce Maxwell

Président du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 07 septembre 2016

Appendice B
Lettre d'information et formulaire de consentement

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche : *Perceptions concernant les jeux de hasard et d'argent en ligne*

**Daniel Paré,
Doctorant, Psychologie, UQTR
Sous la supervision du professeur Michael Cantinotti, Ph. D.**

Votre participation à la recherche vise à mieux comprendre la perception de la population étudiante à propos des jeux de hasard et d'argent en ligne.

Objectifs

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude est de comparer la perception des répondants quant à certaines habitudes de jeu des joueurs en ligne avec les données recensées. Ensuite, nous désirons connaître la perception des répondants sur les raisons qui expliquent le problème de jeu de certaines personnes ainsi que sur certains qualificatifs qui peuvent définir les joueurs ayant des problèmes de jeu.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un seul questionnaire divisé en 3 volets, d'abord certaines questions descriptives vous concernant seront demandées. Ensuite, il vous sera demandé d'estimer des pourcentages en lien avec certains aspects du comportement de jeu des joueurs de jeux de hasard et d'argent en ligne. Finalement, il vous sera demandé de coter certaines expressions et certains qualificatifs se rattachant aux joueurs de jeux de hasard et d'argent en ligne. Votre participation ne requiert que quelques minutes de votre temps (environ 15 min.).

Critères inclusion/exclusion

Afin d'être éligible, vous devez répondre aux critères suivants :

- Vous devez être âgé(e) de 18 ans ou plus
- Vous devez faire partie d'un des programmes universitaires suivants : psychologie, psychoéducation, médecine, ergothérapie ou sciences infirmières.

Bénéfices

La contribution à faire avancer l'état des connaissances dans le domaine des jeux de hasard et d'argent en ligne est un des principaux bénéfices à la participation des gens.

Incitatif

De plus, parmi les participants, deux certificats cadeaux d'une valeur de 25 \$ chacun chez Best Buy seront tirés au sort afin de vous remercier de votre participation.

Confidentialité

Les données recueillies par l'étude seront conservées sur un poste fixe et protégées par mot de passe. Les données nominatives seront dissociées des données et seront stockées dans le local MS0084 de l'Université du Québec à Trois-Rivières, dans une armoire sous clé. En aucun cas ces données ne pourront mener à l'identification des participants. Un numéro associé aux questionnaires des participants assurera la confidentialité.

De plus, les résultats de la recherche qui seront diffusés sous forme de communication scientifique ne permettront pas d'identifier les participants. Les seules personnes qui auront accès aux données sont le chercheur principal et son superviseur. Celles-ci seront détruites d'ici les cinq années suivant la publication et ne serviront à d'autres fins que la présente recherche. Enfin, il se peut que certaines instances, telles que les comités d'éthique de la recherche, revoient les dossiers de recherche, et ce, dans le cadre de leur fonction de suivi ou d'évaluation. Elles sont toutefois soumises aux mêmes règles de confidentialité que les chercheurs.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Daniel Paré par courriel à l'adresse suivante : daniel.pare@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-16-226-07.04 a été émis le 7 septembre 2016.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat de la recherche et de la création, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

En signant ce formulaire, vous indiquez

- avoir lu l'information
- répondre aux critères d'inclusion
- être d'accord pour participer

Signature : _____

UQTR


 Université du Québec
à Trois-Rivières

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement du chercheur

Moi, _____, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet concernant les *perceptions concernant les jeux de hasard et d'argent en ligne*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) ou participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice C

Questionnaire

Consigne : Remplissez le questionnaire suivant du début à la fin, en répondant à chacune des questions dans l'ordre sans revenir en arrière. Toutes les réponses fournies sont confidentielles et seront conservées dans un lieu sûr.

-1- Vous êtes... ☐ un homme ☐ une femme

-2- Quel est votre âge? _____ ans

-3- Quel est votre statut matrimonial? ☐ Célibataire, jamais marié
☐ Marié
☐ Union libre
☐ Veuf, séparé, divorcé

-4- Quel est votre programme d'étude : ☐ Psychologie
☐ Psychoéducation
☐ Médecine
☐ Ergothérapie
☐ Sciences infirmières
☐ Autre

-5- Quelle est votre année d'étude?
☐ 1^{re} année
☐ 2^e année
☐ 3^e année
☐ 4^e année et plus
☐ Autre (précisez) : _____

Voici une liste de différents jeux de hasard et d'argent :

<i>Billets de loterie</i>	<i>Appareils de loterie vidéo</i>	<i>Paris/événements sportifs</i>
<i>Cyberloterie</i>	<i>Machines à sous</i>	<i>Jeux de cartes</i>
<i>Course de chiens/chevaux</i>	<i>Poker sur table</i>	<i>Jeux de société</i>
<i>Bingo</i>	<i>Poker sur internet</i>	<i>Jeux en ligne</i>
<i>Jeux d'habileté</i>	<i>Jeux de table</i>	

-7- **Au cours des 12 derniers mois**, avez-vous parié ou dépensé de l'argent au cours d'une ou de plusieurs des activités de la liste ? (Si non, passez à la question 10)

☐ Oui ☐ Non

-8- **Au cours des 12 derniers mois**, à quelle fréquence avez-vous parié ou dépensé de l'argent au cours d'une ou de plusieurs des activités de la liste dans les lieux ou situations suivants ?

	Tous les jours	Entre 2 à 6 fois par semaine	Entre 1 à 4 fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais
a. Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hippodrome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Casino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Preneurs de paris clandestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Résidence privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. À l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sous-sol d'église	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Bar, Pub, Taverne, Resto- Bar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Salon de Jeu (Ludoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-9- **Au cours des 12 derniers mois**, à combien estimez-vous le montant accumulé en pariant ou en dépensant de l'argent au cours d'une ou plusieurs activités de la liste dans les lieux ou situations suivantes ?

**Montant total misé ou dépensé
pendant les 12 derniers mois**

- | | |
|---|-------|
| a. Internet | _____ |
| b. Hippodrome | _____ |
| c. Casino | _____ |
| d. Preneurs de
paris clandestins | _____ |
| e. Résidence privée | _____ |
| f. Au travail | _____ |
| g. À l'école | _____ |
| h. Sous-sol d'église | _____ |
| i. Bar, Pub,
Taverne, Resto-
Bar | _____ |
| j. Salon de Jeu
(Ludoplex) | _____ |
| k. Autres | _____ |

10 - Pour répondre aux questions suivantes, imaginez l'ensemble des Québécois ayant rapporté jouer à des jeux de hasard et d'argent en ligne lors de la dernière étude de prévalence. Tentez d'estimer avec le plus de précision possible quel pourcentage de ces joueurs appartient à chacune de ces catégories.

Selon vous, parmi l'ensemble de joueurs de jeux de hasard et d'argent en ligne, quel est pourcentage de joueurs qui...

jouent à chaque jour et plus ? _____ %

dépensent 5 000\$ et plus annuellement
à des jeux de hasard et d'argent? _____ %

ont des durées moyennes de session de jeu de 3 heures et plus ? _____ %

n'ont pas de problème de jeu ? _____ %

11 - Pensez aux joueurs de jeux de hasard et d'argent qui développent des problèmes de jeu. Avec les questions qui suivent, nous essayons de savoir ce qui, pour vous, caractérise et explique le mieux le problème de jeu de ces personnes.

<p>Entourez un chiffre de 1 à 9 selon ce que vous pensez.</p> <p>Par exemple, - entourez 1 si vous pensez que le problème de jeu « vient du joueur »; - entourez 9 si vous pensez que le problème de jeu « vient de la situation ».</p> <p>Vous pouvez entourer n'importe quel chiffre entre 1 et 9 si cela correspond à ce que vous pensez.</p>	<p>Retenez encore que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il n'y a pas de mauvaise réponse, et qu'il faut donner votre avis à <u>chaque</u> énoncé, sans commentaires; - commencez par lire <u>tous</u> les énoncés avant de répondre; - pour répondre, n'hésitez pas à utiliser les neuf graduations.
---	---

Éprouver des problèmes de jeu d'hasard et d'argent en ligne est quelque chose...

1. qui vient de la personne	1 2 3 4 5 6 7 8 9	qui vient de la situation
2. que le joueur peut influencer	1 2 3 4 5 6 7 8 9	que le joueur ne peut pas influencer
3. qui est permanent	1 2 3 4 5 6 7 8 9	qui est fluctuant
4. que le joueur peut réguler	1 2 3 4 5 6 7 8 9	que le joueur ne peut pas réguler
5. sur laquelle d'autres personnes ont un contrôle	1 2 3 4 5 6 7 8 9	sur laquelle les autres personnes n'ont pas de contrôle
6. qui est propre au joueur	1 2 3 4 5 6 7 8 9	qui vient de quelque chose d'extérieur au joueur
7. qui est stable	1 2 3 4 5 6 7 8 9	qui est instable
8. sur laquelle d'autres personnes ont une influence	1 2 3 4 5 6 7 8 9	sur laquelle les autres personnes n'ont aucune influence
9. qui vient du joueur	1 2 3 4 5 6 7 8 9	qui vient d'autre chose
10. sur laquelle le joueur peut agir	1 2 3 4 5 6 7 8 9	sur laquelle le joueur ne peut pas agir

12 - Sur une échelle de 1 à 7, veuillez indiquer à quel point ces qualificatifs sont représentatifs des joueurs de jeu de hasard et d'argent en ligne qui ont un problème de jeu. Tentez de répondre à toutes les questions en entourant la réponse de votre choix.

	<i>Peu représentatif des joueurs en ligne</i>				<i>Très représentatif des joueurs en ligne</i>		
Dépendant	1	2	3	4	5	6	7
De faible volonté	1	2	3	4	5	6	7
Fiable	1	2	3	4	5	6	7
Fauché	1	2	3	4	5	6	7
Rationnel	1	2	3	4	5	6	7
Obsessif	1	2	3	4	5	6	7
En contrôle	1	2	3	4	5	6	7
Prudent	1	2	3	4	5	6	7
Compulsif	1	2	3	4	5	6	7
Lucide	1	2	3	4	5	6	7
Irréaliste	1	2	3	4	5	6	7
Stable	1	2	3	4	5	6	7
Impulsif	1	2	3	4	5	6	7
Logique	1	2	3	4	5	6	7
Honnête	1	2	3	4	5	6	7
Téméraire	1	2	3	4	5	6	7
Pragmatique	1	2	3	4	5	6	7
Désespéré	1	2	3	4	5	6	7
Irresponsable	1	2	3	4	5	6	7
Sage	1	2	3	4	5	6	7

Dernière question :

13 - Connaissez-vous quelqu'un qui a déjà consulté un(e) intervenant(e) pour des problématiques psychologiques ?

☐ Oui

☐ Non

Afin d'être en mesure d'entrer en contact avec vous pour effectuer le tirage, nous vous demandons d'inscrire votre adresse courriel principale sur la partie détachable de cette feuille. Cette partie sera directement découpée de votre feuille-réponse suite à la complétion du questionnaire de manière à ce que vos réponses ne puissent être associées à votre courriel.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de participer à cette recherche,

Daniel Paré

✂-----

--

Adresse courriel : _____

Je désire obtenir une copie courriel du résumé des résultats de la recherche (cochez) :

Oui ☐

Non ☐